



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Tesis para optar por el Título en Magister en Psicología Social

Facultad de Psicología

Universidad de la República

CENTROS DE NACIMIENTO

*Estudio exploratorio de experiencias europeas y su aporte a la atención
del parto y nacimiento en Uruguay*

Lic. Graciela Etcheverry

Dirección de Tesis

**Directora: Prof. Tit. Dra. Alejandra López Gómez (Universidad de la República,
Uruguay)**

Co-directora: Dra. Lucía Rocca-Ihenacho (City, University of London, Inglaterra)

Setiembre de 2020

Montevideo Uruguay

Resumen

En Uruguay la atención del parto y nacimiento ocurre mayoritariamente a nivel hospitalario. Las parteras y los médicos ginecólogos/as son quienes atienden a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio. Uruguay cuenta con la tasa más baja de mortalidad materna y neonatal de América Latina. Esto se debe a diferentes factores como contar con un sistema de salud robusto y de cobertura universal, fortalecido más recientemente con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la inversión de un porcentaje elevado del PBI y un gran avance, en los últimos años, en la construcción de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. A pesar de esto, Uruguay no cuenta con Centros de Nacimiento para la atención del parto normal. Esta tesis aborda el análisis de experiencias de Centros de Nacimiento como modelo de buenas prácticas de atención a la salud de las mujeres durante el parto y nacimiento de sus hijos/as. Los resultados, desde un enfoque de la Psicología de la Salud articulada con una perspectiva de equidad de género, buscan contribuir a la discusión general sobre políticas de atención al parto y nacimiento en Uruguay y, particularmente, explorar condiciones y requisitos para la eventual instalación de Centros de Nacimiento en nuestro país.

El estudio se centró en tres experiencias europeas de Centros de Nacimiento ubicados en Génova (Italia), Barcelona (España) y Londres (Inglaterra). Estas experiencias tienen distinto grado de desarrollo y han logrado concretarse a través de diferentes rutas y procedimientos de acuerdo a los marcos normativos, sistemas de salud y cultura de cada país. Interesó explorar estas experiencias, consideradas buenas prácticas de atención, actualmente en funcionamiento, tomando en cuenta cómo se han organizado estas ofertas y cuáles son o han sido los factores asociados a su instalación y desarrollo, así como los obstáculos que se identifican. Se buscó realizar un análisis comparado de las experiencias seleccionadas, considerando las perspectivas de actores clave en su gestión y conducción.

Se diseñó un estudio de tipo transversal, exploratorio y descriptivo, desde un abordaje cualitativo y considerando las orientaciones generales del método de estudio de caso. Las técnicas que se utilizaron fueron entrevista semi-estructurada a informantes clave y análisis documental. Ello se complementa con la aplicación de un formulario auto administrado. Del análisis del material empírico, se identificaron cuatro grandes temas: factores que favorecen la instalación (facilitadores); beneficios de la atención; desarrollo profesional del equipo técnico; y barreras. Los derechos humanos de las mujeres también surgieron como un tema transversal. Se concluyó que las principales barreras para la implementación de Centros de Nacimiento tanto intra como extra hospitalarios en el país estaría representada por la concepción cultural del parto y nacimiento de los y las profesionales y por sobre todo el

poder médico en especial de los ginecólogos/as. Para que esto pueda revertirse es necesario que las parteras ocupen un rol más activo en los servicios de salud y que surjan propuestas del trabajo colectivo entre parteras, médicos/as, organizaciones de mujeres y direcciones de los sistemas de salud para cambiar la percepción del parto y nacimiento en Uruguay.

Palabras clave: centros de nacimiento, parteras, parto humanizado, sistema de salud

Abstract

In Uruguay, delivery and birth care occurs mainly in hospitals. Midwives and gynecologists are the ones who care for women during pregnancy, childbirth and puerperium. Uruguay has the lowest maternal and neonatal mortality rate in Latin America. This is due to different factors such as the creation of the National Integrated Health System (SNIS), the economic investment that has taken place in recent years and a great advance in the construction of public health policies. Despite this, Uruguay does not have Birth Centers for normal delivery care. This thesis explores Birth Centers as a model of good practice in women's health care during the delivery and birth of their children. The results, from a Social Psychology of Health approach, seek to contribute to the general discussion on policies for delivery and birth care in Uruguay and, particularly, to explore conditions and requirements for the eventual installation of Birth Centers in our country. The main objective of the research was to explore the institutional, psychosocial and cultural factors that affect the development of the Centers as well as the barriers in their implementation, with the ecological model as a guide. A cross-sectional, exploratory and descriptive study was designed, from a qualitative approach considering the general guidelines of the case study method. The techniques that were used were semi-structured interviews and documentary analysis. Four main areas were identified: facilitators for the development of the Centres; benefits of the Centres; professional development of the technical team; and barriers. Women human rights at birth also emerged as a cross-cutting issue. It was concluded that the main barriers for the implementation of both intra-hospital and extra-hospital Birth Centers in the country would be the cultural conception of labor and birth of the health professionals and, above all, medical power, especially coming from gynecologists. To revert the situation, it is necessary for midwives to take a more active role within the health system. Policy makers, doctors and midwives and women's rights movements in birth need to work together to promote a change in the way birth is perceived in Uruguay.

Keywords: birth centers, midwives, humanized delivery, health system

Índice

Resumen	1
Abstract	3
Índice	4
Agradecimientos	7
Presentación	8
1. Introducción: los Centros de Nacimiento como objeto de investigación	11
1.1 Uruguay	12
1.2 Inglaterra	13
1.3 España.....	14
1.4 Italia	15
2. Centros de Nacimiento como estrategia frente a la medicalización del cuerpo femenino	16
3. Centros de Nacimiento y las transformaciones de género	20
4. Enfoque socioecológico como modelo teórico en el análisis de los Centros de Nacimiento	23
5. La calidad en la atención de las mujeres durante el parto y nacimiento.	25
5.1 Centros de Nacimiento como una estrategia de calidad de atención.....	28
6. Objetivos	34
6.1 Propósito.....	34
6.2 Objetivo general	34
6.3 Objetivos específicos.....	34
7. Diseño y abordaje metodológico	36
7.1 Consideraciones éticas	39
8. Resultados y análisis	41
8.1 Descripción general de los Centros de Nacimiento seleccionados	41
Caso 1: Centro de Nacimiento en Londres (Inglaterra)	41

Caso 2: Centro de Nacimiento en Barcelona (España)	42
Caso 3: Centro de Nacimiento en Génova (Italia)	43
8.2 Factores que favorecen la instalación de los Centros	45
8.2.1 Existencia de grupos impulsores	46
8.2.2 Marco jurídico y voluntad política.....	47
8.2.3. Sistemas de salud.....	48
8.2.4 Evidencias científicas.....	50
8.3 Beneficios de la atención en los Centros	51
8.3.1 Centros como dispositivo de buenas prácticas de atención	52
8.3.2 Promoción y protección de derechos de las mujeres	53
8.3.3 Relación costo-beneficio.....	55
8.4. Desarrollo profesional	56
8.4.1 Formación profesional	57
8.4.2 Protocolos de atención en emergencias.....	59
8.4.3 Concepción del parto y nacimiento del equipo técnico.....	60
8.5. Barreras durante el proceso de implementación	61
8.5.1 Concepción cultural y social del parto	62
8.5.2 Profesionales	64
8.5.3 Resistencia al cambio institucional	66
9. Mirando la situación de Uruguay.....	68
10. Conclusiones.....	79
Referencias bibliográficas	83
ANEXOS	100
Imágenes de las salas de nacimiento de los Centros.....	100
Pauta de Entrevista	104

Listado de gráficos y tablas

- Gráfico 1. Modelo ecológico
- Gráfico 2. Mapa conceptual de análisis para datos cualitativos
- Gráfico 3. Factores que favorecieron la instalación de los Centros seleccionados
- Gráfico 4. Beneficios de los Centros de Nacimiento
- Gráfico 5. Desarrollo profesional
- Gráfico 6. Barreras para la instalación de los Centros
- Tabla 1. Características de los Centros de Nacimiento del estudio

Agradecimientos

A mi hija Isabella y a mi hijo Alistair, por las ausencias durante este proceso, gracias por enseñarme todos los días cual es el camino.

A mi Padre Ricardo y mi Madre María por el amor incondicional, por la educación, por los valores y por creer en mí, incluso en los momentos más difíciles.

A Helena que me acompaña hace más de 18 años en esta vida. Gracias amiga por tu apoyo en estos años, por tus críticas constructivas, por tu lealtad. Gracias por regalarme la justicia de tu voz. Gracias por compartir tu vida conmigo.

A Alejandra mi tutora y directora de tesis que me inspiró y educó en el arte de investigar. Gracias por la paciencia y humildad con la que me guiaste y enseñaste.

Gracias enormemente a Cristina; partera obstetra, activista y fundadora de un Centro de Nacimiento en Chiapas, México por su recomendación.

A Lucía que accedió generosamente a ser co-directora de tesis y que me incluyó en las actividades extracurriculares.

A mis compañeras/os del Programa de Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, del Instituto de Psicología de la Facultad de Psicología, en especial a Carolina, Nutarel y Gonzalo.

A María Luisa por su acompañamiento en la cursada.

Gracias a mi familia, a mis amigas en Uruguay que se preocuparon por mí en este viaje y especialmente a mi gente en Londres, mis queridas/os Prófugos por el aliento en este último tiempo de pandemia.

Gracias a las mujeres que entrevisté que compartieron sus experiencias conmigo. Han sido un ejemplo de que si se quiere, casi siempre se puede!

Y finalmente me dedico esta tesis a mí que con mucho sacrificio y trabajo logré finalizar en un período especialmente difícil de mi vida, en el medio de una mudanza de país, la búsqueda de inserción laboral en otra sociedad y un proceso de reconfiguración familiar. Es la enseñanza que le puedo dejar a Isabella y Alistair, re construir las dificultades siendo fieles a nosotros/as mismos.

Presentación

El interés por investigar sobre los Centros de Nacimiento fue motivado por diferentes experiencias a nivel personal y profesional. En el año 2003 decidí emigrar a Londres, Inglaterra para comenzar un nuevo proyecto de vida junto a mi pareja. Como todo nuevo comienzo estuvo marcado por diferentes experiencias relacionadas con la adaptación a una nueva cultura, una nueva lengua, a un sistema y a una nueva forma de funcionar, completamente distinta a la que yo conocía. Uno de los privilegios que mi visa otorgaba era el acceso al Sistema Nacional de Salud (National Health Service, NHS). El Sistema de Salud del Reino Unido es público, con un fuerte componente comunitario basado en el primer nivel de atención. Fue durante el embarazo de mis hijos mellizos en el año 2006 donde conocí una forma diferente de atención del embarazo y parto a la que está institucionalizada en Uruguay: hospitalizado y medicalizado. En el Reino Unido, quien está al cuidado de la mujer durante el embarazo y parto es la Obstetra Partera, mientras que los médicos ginecólogos se especializan en trastornos del aparato reproductor femenino y en atención de embarazo y parto de alta complejidad.

Durante mi embarazo tuve consultas con una partera comunitaria y por tratarse de un embarazo múltiple, en el último trimestre también con un ginecólogo. En mi caso tuve la suerte de tener un embarazo sano, sin complicaciones que me permitió llevar una vida normal. Como usuaria del NHS me presentaron las diferentes opciones disponibles para el parto y en todo momento -tanto la partera como el ginecólogo- me informaron que por tratarse de un embarazo de mellizos no debía ser un parto por cesárea. Recuerdo que el ginecólogo me explicó que si bien la cesárea -en algunos casos- era necesaria, también tenía muchas contraindicaciones y, que yo -con buena salud y un embarazo saludable- necesitaba estar en buena forma después del parto para cuidar a los bebés, por lo que no indicaría cesárea, a no ser que surgiera algún inconveniente. Teniendo la información que tengo ahora sobre el abuso en el uso de la cesárea a nivel mundial, me siento privilegiada y agradecida por haber podido llevar un embarazo saludable y estar bajo el cuidado de profesionales con una visión no intervencionista. Debido al embarazo múltiple, no era recomendable usar el Centro de Nacimiento de mi Hospital local. De todas formas, pude realizar una visita guiada y recuerdo que me asombró la decoración, las salas de nacimiento diseñadas con una arquitectura amigable y cálida, salas espaciosas con iluminación natural con baño privado y piscinas disponibles para partos en agua, entre otras comodidades.

Mis hijos nacieron a las 38 semanas y media en la maternidad de hospital en una sala cálida acondicionada para el parto múltiple. Fue un nacimiento respetado y cuidado, atendido por dos parteras, un ginecólogo y dos neonatólogas. Yo lo llamo nacimiento multicultural porque

en la sala había representantes de nacionalidades de los cinco continentes. Mi pareja y mi madre estuvieron presentes en todo momento. Mis hijos nacieron por parto vaginal en perfecto estado de salud, mi hija Isabella fue la primera y la siguió mi hijo Alistair, con aplausos en la sala frente a la sorpresa, ya que no sabíamos el sexo de los bebés. Esta experiencia tuvo lugar hace ya casi 14 años y, sin duda, es la más significativa de mi vida, donde en todo momento la profesionalidad, el trato respetuoso y humano del equipo me ayudaron a sentirme segura y disfrutar de la experiencia.

En el año 2012 regresé a vivir a Uruguay con mi familia. Me desempeñé en la dirección de una organización civil sin fines de lucro con la misión de trabajar por los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Esta ONG impulsó la creación del primer Centro de Nacimiento del país, en Montevideo pero el proyecto nunca prosperó. Durante los años que trabajé en la organización me formé en la atención del embarazo y parto respetados. Asistí a varios cursos y congresos internacionales donde tuve la oportunidad de conocer experiencias de Centros de Nacimiento en la región y el mundo. Me gradué como Licenciada en Psicología con la presentación de un trabajo final que se basó en una revisión narrativa de artículos científicos sobre la humanización del parto y el nacimiento.

Al definir el proyecto de tesis para optar al título de Maestría en Psicología Social (Facultad de Psicología, Udelar), tenía sentido que el mismo fuera una continuación del Trabajo Final de Grado. En un principio pensé en investigar el caso del Hospital de la localidad de Young (Río Negro) en Uruguay, cuya Maternidad ha ganado varios premios y reconocimiento por sus buenas prácticas obstétricas. Postulé al ingreso a la maestría con un pre proyecto sobre este tema.

En el año 2017, por motivos laborales volví a vivir a Londres. Esta nueva realidad me exigió re direccionar el proyecto de tesis de modo de continuar la misma línea de investigación, pero enfocada a los Centros de Nacimiento en Inglaterra. Inmediatamente comencé a trabajar en la viabilidad del proyecto. Me contacté con la Dra. Lucía Rocca-Ihenacho para que participara del proyecto en calidad de co-directora de tesis. La Dra. Rocca-Ihenacho, profesora en Centre for Maternal and Child Health Research, University of London, es quien, junto con la Prof. Dra. Alejandra López, acompañaría el proceso de elaboración de tesis. Luego de llevar a cabo reuniones conjuntas con ambas directoras, acordamos que el nuevo proyecto se centraría en el estudio de tres Centros de Nacimiento uno en Londres (Inglaterra), uno en Génova (Italia) y uno en Barcelona (España), por ser experiencias interesantes en sus potenciales aportes para el desarrollo de políticas de salud reproductiva en atención del embarazo, parto y nacimiento en Uruguay.

Desde una perspectiva personal este proceso está lejos de ser llano y suavemente ondulado. Aunque fueron muchos los obstáculos que se presentaron, logré bajo mi propia iniciativa abrirme a un camino de búsqueda e investigación que me permitió conectarme con el campo de estudio. En este tiempo, tuve la posibilidad de participar de conferencias internacionales, asistir a talleres y cursos de formación tanto en Inglaterra como en España. Aunque la distancia geográfica con Uruguay ha sido un factor de una fuerte influencia en todo el proceso de trabajo, el hecho de poder estudiar, observar y compartir experiencias de aprendizaje e intercambio con la comunidad de profesionales y académicas vinculadas a estas experiencias fue de una gran riqueza tanto a nivel personal como profesional.

1. Introducción: los Centros de Nacimiento como objeto de investigación

Esta tesis aborda el análisis de experiencias de Centros de Nacimiento como modelo de buena práctica de atención en salud de las mujeres durante el parto y nacimiento de sus hijos/as. El propósito del estudio es contribuir a la discusión sobre la salud sexual y reproductiva y la factibilidad de desarrollar este tipo de iniciativas en Uruguay. La investigación que se realizó tuvo como principal objetivo explorar los factores institucionales, psicosociales y culturales que inciden en el desarrollo de los Centros así como las barreras en su implementación.

El estudio se centró en tres experiencias europeas de Centros de Nacimiento ubicados en Génova (Italia), Barcelona (España) y Londres (Inglaterra). Estas experiencias tienen distinto grado de desarrollo y han logrado concretarse a través de diferentes rutas y procedimientos de acuerdo a los marcos normativos, sistemas de salud y culturales de cada país. Interesó explorar estas experiencias, consideradas buenas prácticas de atención, actualmente en funcionamiento, tomando en cuenta cómo se han organizado estas ofertas y cuáles son o han sido los factores asociados a su instalación y desarrollo, así como los obstáculos que se identifican. Se buscó realizar un análisis comparado de las experiencias seleccionadas, considerando las perspectivas de actores clave en su gestión y conducción.

Para la realización de la tesis, se diseñó una investigación transversal, exploratoria y descriptiva en base a un enfoque cualitativo orientado al método de estudio de caso, mediante la realización de entrevistas semi-dirigidas, aplicación de formulario auto administrado on line y análisis documental. Las entrevistas fueron realizadas en plataforma virtual con informantes clave de cada uno de los tres Centros y adicionalmente, se realizó entrevistas a participantes de la experiencia en Uruguay y expertos nacionales. Las entrevistas fueron desgrabadas para su procesamiento, tratamiento y análisis. Para caracterizar las experiencias, se utilizaron fuentes secundarias como documentos institucionales, datos oficiales, sitios web institucionales y otros insumos relevantes.

El enfoque de esta tesis se centra en los aportes de la Psicología de la Salud, aplicada al campo de sistemas y servicios de salud, en particular observando la atención a la salud reproductiva. Estos aportes se complementaron con los desarrollos desde los estudios feministas sobre salud de las mujeres. Asimismo, se utilizaron categorías teóricas claves para la construcción del problema de investigación que nos ocupa, en particular los desarrollos sobre medicalización del cuerpo y la salud (Zola, 1972; Esteban, 1999); la teoría del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) de los determinantes de la salud-enfermedad-

atención; un enfoque integral de calidad de atención en salud reproductiva (Bruce, 1990); y la accesibilidad y barreras institucionales (Comes & Stolkiner, 2005).

Los resultados buscan contribuir a la discusión general sobre políticas de atención al parto y nacimiento en Uruguay y, particularmente, explorar condiciones y requisitos para la eventual instalación de Centros de Nacimiento en nuestro país.

1.1 Uruguay

En Uruguay, desde mediados del S. XX la forma de atención del parto se produce a nivel institucional y hospitalario en los servicios del sistema de salud y actualmente forma parte de las prestaciones obligatorias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Los profesionales a cargo de asistir partos y nacimientos son las obstetras parteras y médicos ginecólogos, siendo la obstetra partera quien debe estar a cargo de la coordinación (MSP, 2018). El país tiene una de las tasas de mortalidad materna y neonatal más bajas a nivel regional. Sin embargo, estudios realizados a nivel nacional arrojan datos preocupantes con respecto al trato recibido por las mujeres durante el parto y postparto, identificándose actitudes como malos tratos, atención poco humanizada y violencia obstétrica, entre otros (MYSU, 2013; CNCLVD & SIPIAV, 2019). A su vez, los datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal (SIP) en Uruguay para 2017 muestran que la tasa de cesárea alcanza un promedio nacional del 44 %, de los cuales 34 % se producen en servicios del sector público y 51 % en el privado (Briozzo et al., 2019; ver también Aguirre et al., 2019).

En el país, son testimoniales las experiencias de Centros de Nacimiento y no han podido sostenerse en el tiempo. En el año 2010, en Montevideo, una ONG que trabajaba por los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio impulsó la implementación del primer Centro de Nacimiento. Durante más de un año la organización trabajó en el diseño y puesta en marcha del proyecto, con el fin de contribuir a revertir la situación de la atención de las mujeres durante el parto y nacimiento, y colaborar a instalar una nueva visión de la atención. El proyecto no prosperó por distintos factores y actualmente no hay experiencias de este tipo en el país.

Como hemos mencionado anteriormente, seleccionamos tres experiencias europeas para su inclusión en este estudio: una ubicada en Londres (Inglaterra), otra en Barcelona (España) y otra en Génova (Italia). Estas experiencias son de interés por diversas razones: 1) surgen en contextos socioculturales diversos; 2) tienen distintas modalidades de gestión institucional, 3) tienen diferente profundidad histórica (algunos se iniciaron hace más de 10 años, otros más recientemente), 4) tienen buenos resultados obstétricos y se basan en modelos de

atención integral del parto, no intervencionista y no medicalizado. Estos Centros están integrados a los sistemas de salud de cada país, son de acceso gratuito y operan bajo la jurisdicción de los hospitales de referencia.

1.2 Inglaterra

Inglaterra se caracteriza por ser un país donde, desde hace varias décadas, los partos y nacimientos tienen lugar en Hospital, en Centros de Nacimiento intra-hospitalarios o extra-hospitalarios, o en el hogar bajo la supervisión de parteras. Las parteras atienden la mayoría de los nacimientos, mientras que los médicos ginecólogos/as sólo atienden los nacimientos que están clasificados como riesgosos. Con la reforma del sistema de salud en los años posteriores a la segunda guerra mundial, los nacimientos pasaron a ser hospitalarios y medicalizados. Entre los años 1966 y 1972 se pasó de 68,2 % de nacimientos en hospital a 91,4 % y desde el año 1975 en adelante nunca se bajó de 95 % (Davis, 2013).

La instalación de los Centros de Nacimiento en Inglaterra tiene una larga trayectoria, comenzó en los años cincuenta con Centros comunitarios dirigidos por parteras. Con el traslado del parto a los hospitales en los años setenta muchos Centros dejaron de funcionar. Fue a principios de los años 90 del siglo XX que comenzaron a surgir nuevamente como una forma de contrarrestar la atención del parto hospitalario y con ello se mejoró de manera significativa los resultados obstétricos

El estudio Birthplace in England (2011) fue diseñado para contestar las preguntas sobre los riesgos y beneficios de los partos en los diferentes lugares, hospitales, Centros de Nacimiento y domicilio, poniendo el foco en la mujer sana. Este estudio recobró información de más de 64.000 partos y nacimientos de bajo riesgo en Inglaterra. Incluyó casi 17.000 partos planeados en domicilio, 28.000 partos planeados en Centros de Nacimiento y casi 20.000 planeados en Hospitales (Birthplace in England, 2011). A raíz de los resultados, el National Institute for Care and Health Excellence (NICE) recomienda para las mujeres primerizas o multíparas con embarazos sin complicaciones, la atención del parto y nacimiento en Centros de Nacimiento como lugar seguro debido a la baja tasas de intervenciones y, por consecuencia, complicaciones para la mujer. Los resultados para los bebés que nacen en un Centro no difieren con los que nacen en hospital. Los nacimientos en los Centros están asociados con mayor número de partos espontáneos y vaginales comparados con los partos en hospitales (NICE, 2014/2017).

En el año 2007 el Departamento de Salud de Inglaterra elaboró la guía “Maternity Matters” (Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity, 2007). Esta guía

resalta la importancia del cuidado, la elección, y continuidad de asistencia de las mujeres y familias durante el embarazo, parto y puerperio. A partir de la publicación del estudio Birthplace in England (2011) el NHS adaptó sus políticas en cuanto a la información que se le debe brindar a las mujeres sobre atención del parto y nacimiento. Las maternidades atendidas por parteras y el parto en casa son recomendados para mujeres multíparas (NICE, 2014/2017). Como consecuencia luego de la publicación de este estudio, el número de Centros de Nacimiento en el país ha aumentado. En el 2013, 79 % de las mujeres en Inglaterra vivían a 30 minutos de distancia en auto de un Centro extra hospitalario o aledaño al mismo (Maternity services in England, 2013).

1.3 España

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) que es universal y público. Conforme al principio de descentralización, las comunidades autónomas están a cargo de la competencia sanitaria.

Bajo la Ley de Autonomía del Paciente (Boletín Oficial del Estado, 2002), la Constitución Española (1978) y la Declaración de Derechos Humanos (1948) la mujer está amparada para tomar las decisiones en cuanto su tratamiento. Los/as profesionales a su cuidado deben ofrecer la mejor información para que las mujeres puedan tomar las decisiones de manera informada (OMS, 2018).

Las mujeres pueden elegir donde ocurre el alumbramiento, en hospitales, en Centros de Nacimiento o en sus hogares, la única diferencia es que el Sistema Público no cubre la partera a domicilio, por lo que la mujer debe recurrir a un seguro médico. Si bien existen experiencias de Centros de Nacimiento en hospitales tanto públicos como privados, los mismos son bastantes recientes dentro del sistema de salud.

En el año 2007, el SNS lanzó la Estrategia de Atención al Parto Normal. Estas guías son versiones operacionales de la práctica clínica basadas en evidencia científica para mejorar los procesos de atención. Bajo estas guías algunos hospitales implementaron clínicas de atención al parto.

A pesar de estas medidas, en 2018 la tasa de cesárea de España era de un 26 % y con distintas variaciones entre las comunidades autónomas. Valencia lidera el ranking con 30,6 % y el País Vasco el menor con 15,8 % (Redacción Consalud, 2019). Recordemos que la OMS (2015) recomienda que el nacimiento por cesárea debe de situarse entre un 10 y un 15 % por país o región.

1.4 Italia

En Italia, el Servicio Sanitario Nazionale (SSN) brinda cobertura médica universal y gratuita. Es un sistema descentralizado, los gobiernos locales son quienes administran los paquetes de beneficios. El país se rige fundamentalmente por el principio del derecho a la salud amparado por el Artículo 32 de la Constitución (Senato della Repubblica, 2018, p. 17) y los principios generales de solidaridad, dignidad, profesionalismo y autonomía, en los que se rige el SSN (European Commission et al., 2018, p. 77).

Los partos ocurren en el hogar, solo dentro del servicio de salud privado, en hospitales (públicos o privados) atendidos por médicos ginecólogos y en Centros de Nacimiento del SSN o privados. Estas últimas instancias son llamadas casas maternidades y son atendidas por parteras independientes o asociaciones de parteras y otros profesionales. Existen solo 11 de estos establecimientos, que se encuentran en las zonas del centro y norte de Italia. Solo algunos son reconocidos por ley como Centros de Nacimiento (Setola et al., 2018).

Italia es uno de los países de Europa que tiene la tasa más alta de cesárea (eurostat, 2019). El primer Centro de Nacimiento fue inaugurado hace ya 20 años y a la fecha existen cuatro en total en el territorio que forman parte del Sistema de Salud atendidos por parteras.

2. Centros de Nacimiento como estrategia frente a la medicalización del cuerpo femenino

En este apartado voy presentar la historia de los Centros de Nacimiento como alternativa a un modelo de atención del parto basado en la medicalización e institucionalización del embarazo y el cuerpo femenino.

Los Centros de Nacimiento surgen a partir de los años ochenta en Europa y Estados Unidos y desde entonces estas experiencias han proliferado, y se encuentran en diferentes países de Europa, América del Norte, Australasia y América Latina.

Los comienzos de la Salud Pública tiene su origen a fines del siglo XVI y comienzos del XVII donde surge en Europa la medicina de los Estados, quienes comienzan a preocuparse por la salud de su población ya que dependen de la fuerza productiva de las masas para poder llevar a cabo los cambios económicos, sociales y políticos que caracterizaron al mercantilismo (Foucault, 1977).

“El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica” según Foucault, que entiende a la medicina como brazo operativo del capitalismo en la medida en que este sistema necesita cuerpos sanos para poder reproducir la fuerza de trabajo (Foucault, 1977, p. 5).

En la postguerra del siglo XX, en Europa occidental se consolida el traslado del parto del ámbito de lo privado-doméstico a lo público-hospitalario, para así ser institucionalizado y reclamado como campo exclusivo de la práctica médica (Darra, 2009). El modelo centrista-hospitalario se presentaba como más seguro, tanto para las mujeres como para sus bebés. El surgimiento de intervenciones como las transfusiones de sangre, la analgesia, la cesárea y las técnicas de asepsia y antisepsia que redujeron las muertes maternas, hicieron de los hospitales lugares seguros donde dar a luz, aunque esto no implique que todo parto y nacimiento deba tener lugar en ellos (Henley-Einion, 2003). Así, el avance de la medicina y el rápido desarrollo tecnológico se apropian de este proceso, transformándolo poco a poco en un hecho patológico (Pires Moura et al., 2007).

Desde las ciencias sociales aplicadas al campo de la salud y la medicina, surgen análisis críticos de este proceso, entre los que se destacan los aportes de Illich y Zola. Ivan Illich

(1975) introduce el concepto de medicalización de la vida, donde se produce una dependencia excesiva en la intervención profesional en detrimento de los aspectos no médicos de apoyo a la salud y curación del entorno social y físico. Para Irving Zola (1972) la medicina moderna ha sembrado la semilla de la duda e inoperancia de los cuerpos, al punto que se buscan y se crean métodos para regular procesos naturales de forma que funcionen mejor. Aunque ninguno de los autores analiza la medicalización del nacimiento específicamente, estas ideas se aplican perfectamente al proceso de parto y nacimiento, que ha devenido de ser un proceso normal a uno patológico, donde se legitima técnicamente la intervención.

Según Ann Oakley (1984) este fenómeno se sostiene en la percepción de que el embarazo y parto pasaron de ser un fenómeno cultural a ser un hecho biológico, dando lugar así a la intervención médica. De esta forma, en el parto hospitalario bajo la tutela médica y tecnológica, las mujeres son más vulnerables a la violación de sus derechos reproductivos experimentando lo que se ha denominado “violencia obstétrica” (Erviti, 2010).

Medina define a la violencia obstétrica como:

“toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Medina, 2009, p. 3).

Para Medina (2009) la violencia obstétrica implica maltratos físicos y psíquicos. El maltrato físico se traduce en procedimientos quirúrgicos invasivos innecesarios y medicalización del trabajo de parto sin tener justificativo tanto para la madre como para el bebé. Se entiende por maltrato psicológico el abuso y trato deshumanizado, discriminatorio y humillante, durante la atención del embarazo y al momento del parto. Incluye también la omisión de información que atañe a su salud y la de su hijo o hija, antes y después del parto.

Para poder entender esta forma de operación sanitaria y social, podemos apelar al concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH), desarrollado por Menéndez en los años 70 y 80. Algunas de las características del MMH se traducen en: concepción teórica evolucionista-positivista, “a-historicidad, salud como mercancía, relación asimétrica entre médico y paciente, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las cuales se medicaliza, biologicista” (Menéndez, 1983, p. 5). El carácter biologicista es el que permite, según el autor, que las características anteriores se fusionen y se excluya el carácter social en la mirada de la salud y enfermedad (Menéndez, 1988).

Este modelo se sostiene y reproduce en el sistema patriarcal. Existe un solo saber verdadero (médico) y en el caso del parto el saber y sentir de la mujer quedan opacados ante esta figura. Con el establecimiento del MMH como único modelo válido para la atención a la mujer durante el embarazo, el discurso médico legitima su intervención técnica como la más eficiente para contribuir a disminuir la mortalidad materno – infantil. Si bien la atención institucional del parto ha mejorado los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal a nivel mundial, también ha contribuido a los procesos de medicalización, patologización y expropiación del cuerpo de las mujeres (Foucault, 1977; Wolff & Waldow, 2008; Fernández Moreno, 2007; Hutter Epstein, 2010; Nussenzweig Hotimsky, 2010).

La medicina moderna opera como una institución patriarcal que, bajo la lógica de la medicalización, somete y domina el cuerpo de las mujeres (Villegas Poljak, 2009; Magnone Alemán, 2011; Castro & Erviti, 2014). Por ejemplo, el modelo de salud materno infantil en los servicios de salud ha considerado a las mujeres como instrumentos para la procreación centrándose en el binomio madre-hijo, reduciendo el rol de las mujeres a la maternidad e invisibilizando el lugar de los varones procreadores (López Gómez et al., 2003).

Según Oakley (1984; en Castro & Bronfman, 1993), la atención del embarazo y parto ha pasado de ser un proceso social a una práctica médica especializada, lo cual justifica la medicalización del cuerpo de las mujeres en este ámbito. La autora, una de las principales expositoras feministas inglesas en el tema, señala que el parto se ha construido como un evento donde el papel activo lo tiene el médico y el pasivo, la mujer. Esta visión del parto por parte del modelo médico hegemónico tiene consecuencias directas en cómo las mujeres viven subjetivamente la experiencia (Castro & Bronfman, 1993).

La medicalización de la atención del parto se basa en la idea de que la seguridad se garantiza sólo a través de la intensa intervención médica y tecnológica (Reibel, 2004). El proceso de medicalización del parto y nacimiento surge de representaciones culturales y sociales que celebran la tecnología y la medicalización como progreso y avance de la sociedad civilizada, como superiores a la antigua forma de dar a luz (Behruzi et al., 2013).

La medicalización del parto y el abuso de intervenciones se vieron favorecidos al haberse convertido éste en un acto médico y ser hospitalizado. De esta forma el cuerpo de la mujer pasó a ser objeto de los médicos que aplican el modelo médico-masculino en el cuerpo y psiquis femenina (Wagner, 2001).

Las ciencias sociales sostienen que el nacimiento medicalizado está determinado por la idea encastrada que tiene la sociedad y la cultura de que la tecnología en el nacimiento es una victoria de la sociedad civilizada sobre la vieja forma femenina de partería (Behruzi et al.,

2013). La cuestión de la medicalización se basa en una cuestión de ética, no se trata del derecho a elegir procedimientos quirúrgicos cuando no existe la necesidad, sino de tener el derecho a información basada en evidencia científica, discutirla y revisar antes de cualquier procedimiento (Wagner, 2001).

Para Zola la medicina se ha convertido en un instrumento de control social con la ayuda de la medicalización de la vida y la etiquetación de la salud y enfermedad (Zola, 1972). Illich (1975) que como hemos mencionado anteriormente es uno de los pensadores que ha criticado el uso abusivo de la medicina y a quien se le atribuye el término de medicalización. Para este autor la medicina moderna se ha vuelto patológica y enfermiza. El autor describe tres niveles de iatrogenia. Iatrogenia clínica que es el daño producido a los pacientes por el mal uso o abuso de tratamientos abusivos, mal realizados o inseguros, iatrogenia social como resultado de la medicalización de la vida, e iatrogenia cultural como la incapacidad de poder tolerar formas tradicionales de poder sobrellevar la muerte, el dolor y la enfermedad.

En el caso del parto es claro cómo se presenta a la mujer en tanto ser incapaz de poder sobrellevar o transformar el dolor de parto, por lo que técnicas como la anestesia epidural y la cesárea programada por elección de la mujer han ganado terreno entre las parturientas. La medicalización del parto y el abuso de intervenciones se vieron favorecidos al haberse convertido este en un acto médico y ser hospitalizado. De esta forma el cuerpo de la mujer pasó a ser objeto de los médicos que aplican el modelo médico-masculino en el cuerpo y psiquis femenina (Wagner, 2001).

Es así que la investigación psicosocial se hace necesaria para poder entender las lógicas de funcionamiento y el entramado que subyace a las prácticas obstétricas, los conceptos y fuerza que atraviesan el campo médico y que inciden de una forma directa sobre las condiciones y posibilidades de reconocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

3. Centros de Nacimiento y las transformaciones de género

Parto del supuesto que los Centros de Nacimiento se basan en un modelo de atención que busca transformar el Modelo Médico Hegemónico y las representaciones tradicionales de género a través de un modelo de género transformativo.

Como ya hemos mencionado anteriormente, los Centros de Nacimiento surgen como modelos alternativos a la institucionalización del parto y nacimiento. Como modelo de atención centrado en la mujer, los Centros tienen como objetivo el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones respecto a su cuerpo, el reconocimiento de sus derechos reproductivos y el derecho a un nacimiento respetuoso y libre de violencia. En su gran mayoría surgen a partir del impulso de grupos de activistas, mujeres y parteras que reconocen la necesidad de impulsar un cambio en la atención del parto y nacimiento en sus comunidades.

En relación a esta necesidad de cambio, Oakley, en su libro *Women Confined*, escribía que “la medicalización del parto ha cambiado por completo la experiencia subjetiva de la reproducción, haciendo que la dependencia de los demás en lugar de depender de una misma sea una condición para el logro de la maternidad” (Oakley, 1980, p. 98). Para la autora, el nacimiento y la medicalización del cuerpo de las mujeres son temas centrales en el debate feminista.

El feminismo como corriente de pensamiento tiene sus inicios a fines del siglo XIX, surge como un movimiento civil que lucha por los derechos de las mujeres al voto. Desde esos años hasta el presente se ha transformado en un movimiento político y social apoyado en un corpus teórico robusto.

Los aportes de la teoría feminista ofrecen referencias robustas para poder analizar la dimensión de género en el campo de la salud sexual y reproductiva (Esteban, 2007) Sus aportes han colocado en el centro las relaciones de poder desigual en el campo de la ciencia y de la salud, permitiendo repensar la repartición del conocimiento para que las personas puedan acceder a tener un mayor control sobre su salud y sus cuerpos (Sherwin, 2014). Para Castro, la teoría feminista resulta clave para poder analizar el saber médico y entender cómo esta práctica favorece las desigualdades y estructuras de dominación que subyuga a las mujeres (Castro & Bronfman, 1993). El sesgo de género reproduce así en la práctica sanitaria miradas biologicistas y deterministas de las realidades de las mujeres, brindando cientificidad a la práctica médica (Esteban, 2007).

Para Joan Scott: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996, p. 289). Según la autora, existen cuatro dimensiones que constituyen el sistema de género, lo normativo (un conjunto de reglas que se apoyan en lo simbólico), lo simbólico (las representaciones sociales sobre lo femenino y masculino), político (un sistema de instituciones que definen las relaciones de género) y lo subjetivo (que se expresa en lo que se internaliza como ser varón o mujer) (Scott, 1996). Como construcción social compleja, el género entonces constituye las relaciones sociales y es una forma primaria de relaciones de poder.

Por estos motivos, esta conceptualización que desenmascara las relaciones de poder es de gran utilidad para entender los distintos modos de organización social que reproducen el control sobre el cuerpo de las mujeres. La dimensión de género es una herramienta importante en el campo de la salud, ya que nos permite identificar y analizar una serie de fenómenos que operan en la producción de la salud-enfermedad-atención (López Gómez et al., 2003; López & López, 2016).

Los sistemas de salud no están exentos de reproducir desigualdades de género en la práctica y atención a sus usuarios/as, en la organización del trabajo de su personal, en los modos de organización institucional y gestión, así como en materia de políticas de salud pública. La jerarquía y el poder en los sistemas de salud se manifiesta ubicando a algunas personas en lugares de beneficio y privilegio mientras otros tienden a ser excluidos y marginalizados. Estas inequidades están basadas en posiciones de desigualdad de género y desigualdad social tal es el caso de la valoración superior del obstetra por sobre la partera y del servicio por sobre la comunidad. Las normas restrictivas de género en los sistemas de salud refuerzan las desigualdades de género comprometiendo la salud física y mental de pacientes y trabajadores (Hay et al., 2019).

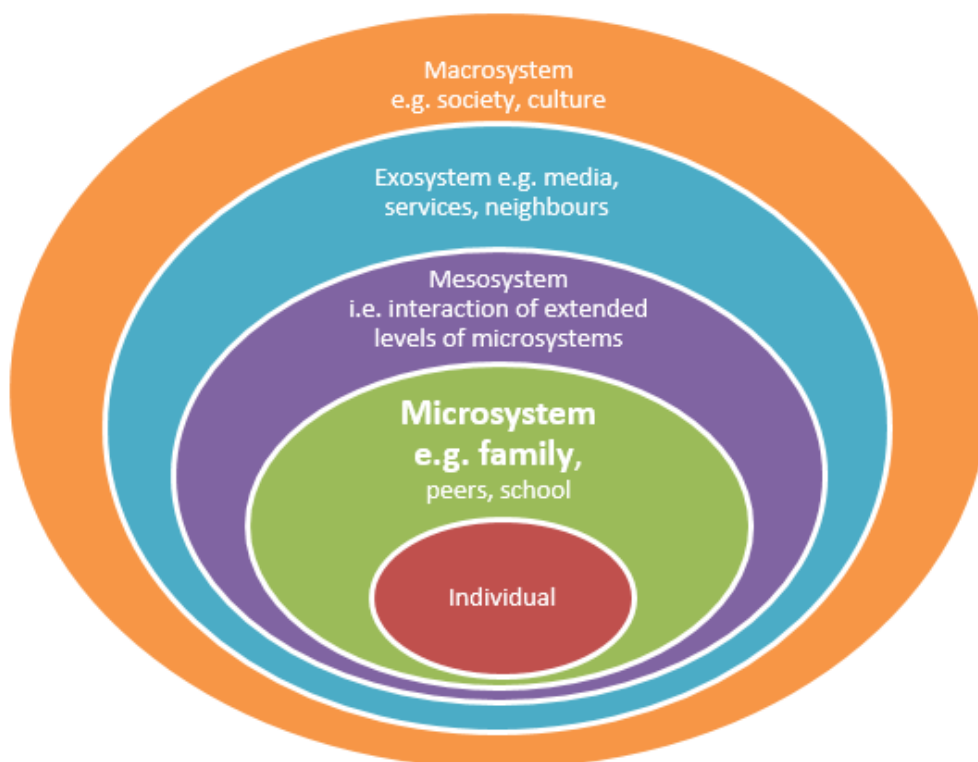
Los modelos de género transformacionales pueden aportar a la disminución de estas inequidades. Los sistemas de salud pueden ser transformados desde adentro y mediante políticas sociales y económicas en pro de la igualdad. Asimismo, se requiere de una sociedad civil y una ciudadanía activas en la exigibilidad de sus derechos. Para lograr estos cambios es crucial la alianza entre personas, movimientos sociales, comunidades y otros actores relevantes (Hay et al., 2019). Estos modelos se instrumentan en programas e intervenciones que crean oportunidades para que las personas generen cambios en los estereotipos de género, en la cultura organizacional patriarcal y promueven el empoderamiento de las mujeres.

Aplicados al campo de la salud, estos modelos promueven cambios en el sistema de jerarquías que impiden a las personas, y en especial a las mujeres, tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud (Gupta, 2000). Así los Centros de Nacimiento son un ejemplo de modelos de género transformativo, al ofrecer para las mujeres una posición de agente activa, alternativa al rol pasivo del binomio paciente-doctor, promoviendo el empoderamiento de las mujeres, respetando su toma de decisiones y su participación como sujetas activas en su propia vida.

4. Enfoque socioecológico en el análisis de los Centros de Nacimiento

El modelo socioecológico desarrollado por Bronfenbrenner (1979) entre los años 70 y 90 del siglo pasado, contribuye a analizar el rol que juegan los ambientes en el desarrollo humano. El autor define el desarrollo como un proceso de constante cambio entre la persona y su ambiente ecológico. Se trata de una acomodación mutua, por lo cual Bronfenbrenner señala que esta interacción es bidireccional. El ambiente ecológico se puede concebir como una serie de estructuras concéntricas en las que una está contenida en la siguiente (ver Gráfico 1. Modelo ecológico).

Gráfico 1. Modelo ecológico



Fuente: (Bronfenbrenner, 1979)

La base del modelo radica en que el comportamiento humano tiene distintos niveles de influencia que incluyen cuatro niveles de estructuras interconectadas entre sí. El **microsistema** que corresponde al contexto más cercano a la persona y constituye los roles, comportamientos y relaciones de la persona con su entorno más cercano. En el caso que nos concierne, por un lado, este nivel estaría relacionado a las mujeres y su entorno, a las expectativas que ella tiene de su parto para sí y en relación a su familia y amistades. Por

otro lado, también incluiría a los y las profesionales, a sus experiencias personales y profesionales para con su trabajo. El **mesosistema** comprende la interacción entre dos o más entornos donde la persona participa activamente. Se trata de la interacción entre los diversos ambientes donde está inserta la persona. En este nivel estarían los hospitales y los Centros de Nacimiento, es decir los espacios donde las mujeres y las/os profesionales interactúan, dónde se encuentran sus diversas expectativas y se confrontan los sistemas de valores de unos/as y otras/os. El **exosistema** se refiere a uno o más entornos en los que la persona no está incluida, pero que sí afecta a los entornos en donde la persona se relaciona. Aquí tenemos el sistema de salud en su integridad, incluyendo sus normativas y políticas relacionadas a la asignación de presupuestos, los modelos de atención, el entrenamiento a las y los profesionales en relación al manejo del nacimiento. El **macrosistema** es el nivel más separado de la experiencia y vida cotidiana de las personas, pero afecta a todos los demás sistemas otorgándoles cierta uniformidad. Este último nivel incluye elementos sociales, como ser la legislación referente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional, y elementos culturales, como las expectativas sociales sobre embarazo y parto. Atravesando todo el sistema, el género tiñe cada capa, discriminando o privilegiando ciertos roles y comportamientos en cada nivel.

El modelo ecológico se ha utilizado para el análisis de la violencia contra las mujeres (Stout, 1992; Heise, 1998; Vives-Cases, 2011). En los últimos veinte años ha habido un interés creciente en el uso del modelo ecológico aplicado a la investigación en salud y políticas públicas, por la posibilidad que brinda de guiar cambios en el comportamiento de la población con el fin de eliminar y prevenir problemas de salud. Una de las ventajas es que se pueden desarrollar acciones que intervengan cada una de las distintas esferas y produzca cambios en las mismas (Sallis et al., 2008; WHO, s/f-a).

5. La calidad en la atención de las mujeres durante el parto y nacimiento.

Para Donabedian la calidad de atención en salud es “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (Donabedian, 1980; en Galván et al., 2012, p. 173). Desde esta perspectiva se identifican tres dominios que están relacionados, estructura, procesos y resultado. La estructura incluye políticas y normas, recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos y sistemas de información en salud. Los procesos implican la gestión, procesos de operación y procesos de soporte. Los resultados implican la satisfacción de usuarios y bienestar en la salud, desempeño del servicio y conductas saludables en la sociedad. Cada uno de estos indicadores está relacionado, por ejemplo, con mejoras en la estructura y los procesos generalmente mejoran los resultados (Donabedian, 1966/2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de atención como la atención en los servicios de salud de usuarios/as y poblaciones que mejoran los resultados de salud deseados. Los servicios de salud deben de minimizar riesgos y errores médicos, brindar servicios basados en evidencia científica, minimizar las demoras de atención, hacer uso de los recursos de manera efectiva, deben de estar centrados en las personas teniendo en cuenta las preferencias individuales de los usuarios/as y con equidad sin depender del género, raza-etnia, clase socioeconómica o zona geográfica (WHO, 2017).

El enfoque desarrollado por Bruce y por Jain en los años 90 con la intención de medir la calidad de atención en los servicios de planificación familiar enfatiza la calidad en como los servicios tratan a el cliente. Este enfoque define seis elementos de calidad; la capacidad de elegir entre diversos métodos anticonceptivos, la entrega de información a las/los pacientes, la relación interpersonal con el proveedor del servicio, el conocimiento técnico, el seguimiento del cliente y la continuidad de la atención y una adecuada variedad de servicios (Bruce, 1990; Jain, 1989).

Cada vez más se considera a la calidad de atención como un aspecto fundamental en la agenda de la salud materno-infantil, especialmente en el embarazo parto y puerperio. En el año 2016, la OMS publicó las guías para mejorar la atención prenatal en los servicios de salud. Estas guías cuentan con ocho estándares de calidad para que los servicios de salud monitoreen, evalúen y mejoren los servicios de salud. Para la implementación de esta visión la OMS identifica seis áreas estratégicas, estas son; guías clínicas, estándares de atención,

intervención oportuna, medidas en calidad de atención, investigación y desarrollo de capacidades (OMS, 2016).

En base a lo anterior, en 2018 se publicó la Guía de Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva para las mujeres.

“Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.” (OMS, 2018, p. 1)

La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto, en tanto experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo. Es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que “la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos¹, y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas” (OMS, 2018, p. 1).

Ya en 1985, la OMS había realizado la Conferencia sobre “Tecnología Apropiaada para el Parto” en Fortaleza, Brasil. Allí se señalaron una serie de recomendaciones para la atención del parto y nacimiento que pretenden evitar prácticas no justificadas, que son realizadas sistemáticamente a las mujeres, y que implican la medicalización del proceso. La instrumentalización del parto incluye prácticas rutinarias tales como episiotomía, inducción farmacológica de rutina del trabajo de parto (o para acelerar el mismo), posición de cúbito supino durante el trabajo de parto y el parto, cesárea, entre otras. Todas prácticas que no encuentran sustento en evidencias científicas y que deben ser desalentadas (WHO, 1985).

¹ El nacimiento fisiológico es definido como el de “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño/a se encuentra en buenas condiciones” (OMS, 1996).

El término “humanización del parto” se contempla por primera vez en Ceará, Brasil en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto que dio lugar a la formación de la Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN) (*Declaración de Ceará*, 2000). El término es tomado en el Programa de Humanización Prenatal y Nacimiento del Ministerio de Salud Pública en Brasil e incorpora dos aspectos fundamentales: la dignificación del lugar tanto de la mujer como del recién nacido y la familia y, la adopción de medidas y procedimientos beneficiosos, evitando intervenciones innecesarias. El parto humanizado es aquel que se desarrolla teniendo en cuenta e integrando los aspectos subjetivos, culturales y sociales de la mujer. Le facilita los procesos de empoderamiento para que la mujer tome sus propias decisiones basadas en evidencia científica, brindándole los medios para que puedan construir dichas elecciones (Arnau Sánchez et al., 2012).

Si bien prácticas como el rasurado y el enema han sido desaconsejados por la OMS, existen estudios que demuestran que éstas aún perviven en la atención sanitaria. Del mismo modo, la episiotomía sigue siendo la práctica más rutinaria empleada en las maternidades, en particular en mujeres primíparas, aún con la evidencia científica disponible que demuestra que su uso rutinario es más perjudicial que benéfico (Wolff & Waldow, 2008; Blázquez Rodríguez, 2009; Magnone, 2013). Este criterio de abordaje del proceso de nacimiento ha llevado a que en las últimas décadas se registre a nivel mundial un incremento en el número de procedimientos innecesarios, como cesárea, inducción, monitoreo fetal, aceleramiento del proceso de parto, uso de anestesia epidural, episiotomía, rasurado, enema, uso de fórceps, aspiradoras y/u otros instrumentos (Chalmers et al., 2009).

La OMS (1996) recomienda en el caso de partos de bajo riesgo que las intervenciones sean mínimas y atendidas por las obstetras parteras. De acuerdo a estas orientaciones debe haber un motivo válido para que se intervenga el proceso natural fisiológico y éste debe estar ligado a complicaciones de la mujer o del bebé. A su vez, la OMS (2015) indica que ninguna zona geográfica debería tener un porcentaje de cesárea superior al 10-15 %. Sin embargo, las tasas de cesárea han aumentado notablemente en las últimas décadas en casi todas las regiones. Wagner plantea que este uso de la técnica resulta un abuso de recursos, fondos y tecnología. Una cesárea, así sea programada por el médico o solicitada por la mujer sin ninguna causa justificada, requiere de ginecólogo, anestesista, enfermeras, equipos, sangre para transfusiones por si es necesario, camas en hospitales y más (Wagner, 2001). Las complicaciones son mayores en la cesárea que en el parto. Por ejemplo, riesgo mayor de paro cardíaco, hemorragia que necesite histerectomía, complicaciones anestésicas, infección puerperal mayor además de complicaciones de

distrés pulmonar fetal (Cóppola, 2015). Asimismo, las mujeres que han tenido cesáreas tienen más riesgo de sufrir hemorragias, trombosis, infecciones o adhesiones, y en embarazos posteriores la cesáreas aumenta la posibilidad de muerte prematura (de Jonge et al., 2017, p. 2).

Un ejemplo claro de medicalización resulta el monitoreo fetal y el ultrasonido que se usaban en un principio para detectar problemas en embarazos complicados, sin embargo, en los años 80 comenzaron a ser usados indiscriminadamente en conjunto con otro tipo de prácticas consideradas innecesarias por la OMS como la episiotomía, rasurado, enema, oxitocina y rotura de membranas, entre otras (Oakley, 1984).

La cadena de procedimientos que se desencadenan por causa de medicalización está bien demostrada. Un estudio en Australia encontró que en un tercio de 753.895 mujeres con embarazos de bajo riesgo se usó inducción o terminaron con el uso de anestesia epidural, fórceps y cesáreas (Tracy et al., 2007). García Jordá y colaboradores (2013), encontraron que en los hospitales de Cuba la única posición para las mujeres al parir fue en posición litotómica (horizontal) en la mesa ginecológica, hecho considerado violento hacia el cuerpo y psiquis femenina. Habiendo evidencia científica que esta posición es más dolorosa, con más problemas para la frecuencia cardíaca fetal, aumento en el uso de fórceps y episiotomías, es preocupante el uso automático y la imposición de la misma.

Cuando observamos las consecuencias que ha tenido la medicalización del parto y nacimiento en el cuerpo y la vida de las mujeres, un hecho que es fisiológico como el embarazo y parto que han sido medicalizados al punto que se considera riesgoso el no uso de tecnología. Un cuerpo sano, un embarazo sin riesgos pasa a ser controlado y abusado por el uso indiscriminado de diferentes técnicas bajo el discurso prevencionista.

5.1 Centros de Nacimiento como una estrategia de calidad de atención

En la mayoría de las culturas contemporáneas, el parto y nacimiento tiene lugar a nivel institucional o a nivel domiciliario. El parto institucional tiene básicamente dos modalidades: a nivel hospitalario y en Centros de Nacimiento que toman distintas formas en los distintos países.

Los Centros de Nacimiento son establecimientos donde se brinda atención a mujeres sin complicaciones de salud y con embarazos saludables. Es un modelo de atención basado en el cuidado de la mujer por parteras. Según el informe Birthplace in England (2011) se distingue que:

a) Parto en casa: se recomienda cuando se cumplen criterios de seguridad preestablecidos como un embarazo sin complicaciones tanto para la mujer y el bebé. El cuidado y la atención del parto y postparto están a cargo de una partera principal y una partera secundaria que han seguido de cerca el cuidado de la mujer y su familia durante el embarazo.

b) Unidades Obstétricas: son unidades que se encuentran en un hospital, existe un equipo de salud que se encarga de la atención del parto y nacimiento. Los profesionales responsables de la atención de mujeres con complicaciones en el embarazo y partos de alto riesgo son ginecólogas/os. Las parteras se encargan del cuidado de la mujer independientemente que el embarazo o parto sea o no complicado y del parto en mujeres con embarazos saludables. En estas instalaciones se accede a cuidados neonatales, servicios de anestesia y obstetricia las 24 horas.

c) Centros de Nacimiento intra-hospitalarios: estas unidades se encuentran dentro del hospital o en el mismo predio. Las profesionales a cargo de la atención del embarazo parto y nacimiento son las parteras. En las mismas se cuenta con servicios obstétricos, anestesia y cuidado neonatal. En caso que sea necesario el traslado de la mujer a la unidad obstétrica se realiza mediante silla de ruedas o camilla.

d) Centros de Nacimiento extra-hospitalarios: estas unidades en el NHS se encuentran fuera del hospital. El cuidado de la mujer durante el embarazo parto y post parto está a cargo de las parteras. No existen servicios de obstetricia, anestesia o neonatología. En caso de traslado este se realiza mediante auto o ambulancia.

Estos Centros, en sus distintas modalidades, se basan en la filosofía de un modelo social de cuidado integral, enfocado en la familia, en un ambiente relajado, cómodo y amigable. Se basan en una filosofía del parto y nacimiento no intervencionista. El parto y nacimiento son vistos como un episodio que transforma la vida de la mujer y su familia, y no solo como un acto médico (Walsh, 2009). El cuidado de la mujer está a cargo de las parteras especializadas, *que ofrecen un apoyo continuo*. El término "apoyo continuo" durante el parto Hodnett y colaboradores (2007) lo definen como apoyo social, físico, emocional, informativo y psicológico. De aquí en más este tipo de apoyo implica poder empatizar con la madre, brindar la información necesaria y educación antes del parto, apoyar a la o el acompañante de la madre y realizar tareas técnicas para aliviar el dolor del parto (Davis-Floyd, 2017).

La filosofía de atención que sostiene el modelo bio-psico-social en los Centros de Nacimiento se basa en la noción de que la medicalización e intervenciones tienen que estar justificadas, se reconoce la autonomía y derechos de la mujer y se establece un vínculo en

donde sus decisiones son respetadas, y la partera es vista como la profesional con la experiencia adecuada (Rocca-Ihenacho et al, 2018). La partera es reconocida como la profesional idónea para atender un parto fisiológico y de bajo riesgo, tiene la formación para brindar educación, apoyo y cuidado durante el embarazo, parto y puerperio (UNFPA et al., 2014). El cuidado implica medidas preventivas, promoción del parto normal, así como la detección y asistencia de cualquier tipo de emergencia que se presente para la madre y/o el bebé. La partera puede ejercer su profesión en cualquier lugar incluido domicilios, hospitales y clínicas de salud (ICM, s/f).

Son muchos los estudios que han demostrado los beneficios que tienen el cuidado y la atención del parto por las parteras. Una investigación llevada a cabo en EEUU arrojó que los embarazos y partos atendidos por parteras tienen un 19 % menos de mortalidad infantil, 33 % menos de muerte neonatal y 31 % menos de bajo peso al nacer, en comparación con los partos atendidos por médicos (Wagner, 2001). Cabe mencionar que el estudio incluyó los nacimientos en todo el territorio de EEUU durante un año (más de 4 millones), de los cuales se seleccionaron los partos vaginales, de bajo riesgo y de un solo bebé (Wagner, 2001). Otra de las ventajas de este tipo de atención, como concluyen Wilson y Sirois (2010), es que las mujeres que deciden tener a sus hijos bajo el cuidado de una partera tienen más posibilidades de un embarazo a término, comparado con las que eligen a un ginecólogo obstetra. Así como también obtienen una mayor satisfacción de atención a nivel general. El mismo estudio mostró que las mujeres atendidas por parteras fueron siempre más abiertas a nuevas experiencias, creían en la filosofía del parto natural, tenían altos grados de confianza en sí mismas y preferían una relación más igualitaria con el prestador de salud, comparadas con las mujeres que eligieron a un ginecólogo (Wilson & Sirois, 2010).

Reiger y Dempsey (2006) encontraron que las mujeres que son atendidas por parteras sienten por su parte un reforzamiento positivo a través de gestos, miradas y palabras. Al contrario, el reforzamiento con gestos preocupantes en el ambiente médico, la ansiedad y el miedo logran recalcar la idea de que las mujeres no son capaces de parir por sí solas. Por su parte, Jiménez y colaboradores (2010) subrayan la disposición que tienen las parteras de ofrecer a las mujeres opciones, facilitar su participación en la toma de decisiones dando coraje para que tomen un rol más activo, adueñándose así de su proceso de parto. El campo médico es impermeable al cuestionamiento y si hay fallos en el sistema se asume que pasan por un error en la aplicación de las prácticas recomendadas: no existe la posibilidad de realizar un cuestionamiento del sistema en sí (Jimenez et al., 2010). En esta línea, participantes del estudio de Malheiros (2012) señalan las resistencias de los propios

médicos como uno de los mayores impedimentos para generar cambios en el paradigma vigente.

Con respecto a las diferencias en los resultados obstétricos entre Centro de Nacimiento intra y extra-hospitalario, un estudio demostró que los segundos utilizan menos medicalización e instrumentalización que los que se encuentran dentro de un hospital (Hollowell et al., 2017). En cuanto a las técnicas que se usan en partos a nivel hospitalario y en Centros de Nacimiento, se dispone de suficiente evidencia comparada que demuestra los beneficios de los segundos (Macfarlane et al., 2014). Tomando como ejemplo el Centro Barkantine se observa que 83,8 % de las mujeres eligió la posición en el parto en este centro versus un 51,6 % que lo pudo elegir en el hospital. La iniciación del parto espontáneo en primerizas fue un poco mayor en el Centro que en el hospital, 73,8 % frente a 62,6 %. Con respecto a los métodos para manejar el dolor, en el Centro se utilizó la inmersión en la piscina, 66,7 %, comparado con 3,8 % en el hospital, y técnicas de respiración y relajación, 48 %, comparados con el hospital, 28,6 %. Para las autoras del estudio, un descubrimiento importante fue la consistencia entre la posibilidad de realizar elecciones informadas, tener diferentes opciones y la filosofía del cuidado de las parteras (Macfarlane et al., 2014).

Los estudios sobre la experiencia de las mujeres en los servicios de maternidad y cómo realizan sus elecciones respecto a donde atender su parto tienen varios años en el Reino Unido (ver Emslie et al., 1999; Hollowell et al., 2016). Los principales factores que influyen en las mujeres para decidir por un Centro de Nacimiento es la continuidad en el cuidado por la misma partera durante el parto, acceso oportuno a servicios médicos y posibilidad de tomar decisiones de acuerdo a sus creencias y contexto (Grigg et al., 2014) Asimismo, las mujeres valoran en su elección, la proximidad del servicio, la atmósfera del lugar y la evitación de intervenciones innecesarias. Para Gonçalves y colaboradores (2011), las mujeres que optan por Centros de nacimiento buscan una atención más personalizada y humanizada del nacimiento.

Para otras mujeres, el hospital es visto como espacio riesgoso para parir si bien lo eligen ya que se sienten más seguras, debido al acceso a medicalización y tecnología. Este grupo de mujeres expresa que no confían en su habilidad y la de sus cuerpos para dar a luz en un Centro de Nacimiento (Grigg et al., 2014).

En Irlanda, los Centros de Nacimientos funcionan dentro del sistema de salud desde el año 2004. Un estudio concluyó que estos son tan seguros como el hospital pero que en éstos se practican menos intervenciones médicas. Para los autores estas conclusiones son importantes dado que 40 % de mujeres en Irlanda cumplen los requisitos médicos para

poder parir en estas instituciones (Begley et al., 2011). Los Centros de Nacimiento presentan mejores resultados y menos complicaciones para las mujeres primerizas y multíparas comparadas con las mujeres que tienen sus partos en hospitales (Overgaard et al., 2012; Christensen & Overgaard, 2017).

Un estudio en Dinamarca demostró que las mujeres primerizas y multíparas que tuvieron sus partos en un Centro de Nacimiento extra-hospitalario tuvieron significativamente partos espontáneos, con buenos resultados tanto para las madres como para los bebés y con menor medicalización, cesárea, uso de instrumentalización (fórceps o ventosas) que aquellas mujeres que parieron en hospital (Christensen & Overgaard, 2017). Las conclusiones de este estudio son que los Centros de Nacimiento tienen más ventajas para mujeres primerizas y multíparas que los hospitales, ya que presentan potencial para reducir la tasa de cesárea.

En el año 2011, bajo el pedido del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de Inglaterra se llevó a cabo un estudio de cohortes para evaluar datos como costos económicos y seguridad con relación al lugar de atención del parto (Birthplace in England, 2011; Schroeder et al., 2012). Este estudio, "Birthplace in England", presentó evidencia robusta que confirma que para mujeres sanas con un embarazo sin complicaciones que hayan iniciado el trabajo de parto en Centros de Nacimiento tuvieron mejores resultados, menos intervenciones intraparto y menor morbilidad materna (NICE, 2011). A raíz de este estudio, el NICE revisó las guías de cuidado intraparto. La nueva guía recomienda que las mujeres sanas multíparas y nulíparas con un embarazo sin complicaciones deben ser informadas de los beneficios de parir en un Centro de Nacimiento intra o extra-hospitalario (NICE, 2014/2017).

Las principales razones médicas para no ofrecer la opción de la atención en un Centro de Nacimiento son embarazo múltiple, amenaza de parto pretérmino, complicaciones en el embarazo, cesárea previa, acuerdo de uso de anestesia epidural, cesárea programada, edad de la mujer (Redshaw et al., 2011, p. 28).

Hace ya unas décadas que asistimos a una epidemia de cesárea en los países occidentales. Existen numerosos estudios sobre sus consecuencias a nivel mundial y recomendaciones sobre los efectos negativos de la cesárea innecesaria, es decir aquella que se realiza aun cuando no existe una razón médica fundamentada o que es resultado de una cadena de acciones como por ejemplo, la farmacología del parto, asociado con el uso de cesárea (Farías, 2014).

El aumento de la tasa de cesárea no está asociado con un mejor resultado perinatal para madres y bebés, por el contrario hay estudios que demuestran el efecto inverso (Althabe et al., 2006). Un estudio mundial de la OMS en 2010 concluyó que un total de 54 países tuvieron tasas de cesárea menores al 10 %, 14 países se mantuvieron entre 10 y 15 % y 69 pasaron el 15 % (Gibbons et al., 2012). El costo global del exceso de cesárea (innecesaria) se estimó en 2.32 billones de dólares mientras que las necesarias se estimaron en 432 millones (Gibbons et al., 2012). Los países más ricos y más avanzados tecnológicamente concentran el mayor número de procedimientos comparado con países más pobres (OMS 2010). La tasa de cesárea ha aumentado notablemente en las últimas décadas en casi todas las regiones. La OMS realizó un estudio ecológico mundial que concluyó que una tasa por región superior al 10 % o 15 % no está asociada con reducción de la mortalidad materna o neonatal (Ye et al., 2016).

Existen diversos estudios comparativos que demuestran que las mujeres que han tenido sus partos en Centros de Nacimiento indican haber experimentado mayor satisfacción, menos dolor, respeto de las percepciones sobre el nacimiento, menos intervenciones y medicalización comparado con parto en hospitales (Coyle et al., 2001; Hodnett et al., 2012).

Finalmente, respecto a los costos económicos, un estudio comparó el cuidado de mujeres de bajo riesgo que optan por el Centro de Nacimiento con los costos del parto en hospital y encontró que en el primero es menor que en el segundo (Schroeder et al., 2012). Estos resultados son similares a los expuestos en el estudio Birthplace in England (2011), que demostró las ventajas de costo-beneficio de los Centros, debido a partos más cortos, reducción de intervenciones. Las mujeres que optaron por el cuidado en el Centro de Nacimiento tendían a ser multíparas con lo cual se asocia un ahorro substancial costo-beneficio (Schroeder et al., 2012).

6. Objetivos

6.1 Propósito

Contribuir a la discusión nacional sobre la viabilidad de instrumentar Centros de Nacimiento en Uruguay mediante el estudio de los factores que posibilitaron la implementación de tres experiencias europeas.

6.2 Objetivo general

Describir y examinar los factores implicados en el surgimiento y desarrollo de Centros de Nacimiento en los sistemas de salud de tres ciudades europeas.

6.3 Objetivos específicos

1. Describir y analizar el surgimiento de los Centros de Nacimiento y su relación con los sistemas de salud.
2. Describir sus características de funcionamiento, organización, recursos, resultados y sostenibilidad.
3. Identificar las barreras para la instalación y puesta en marcha de los Centros de Nacimiento.
4. Identificar los facilitadores para la instalación y puesta en marcha de los Centros de Nacimiento
5. Analizar las concepciones sobre mujer, parto y derechos que sostiene la creación e implementación de los Centros desde una perspectiva de género.

Estos objetivos se basan en las preguntas que orientaron el proyecto de la investigación. La pregunta principal que se buscó responder fue: *¿Cuáles son los factores institucionales, culturales y psicosociales asociados al desarrollo e implementación de Centros de Nacimiento en las experiencias seleccionadas?*

Nos planteamos las siguientes preguntas secundarias:

1. ¿Cuáles son las barreras que encontraron los centros de nacimiento para su instalación y sostenibilidad?
2. ¿Cuáles son los facilitadores que encontraron los centros de nacimiento para su instalación y sostenibilidad?

3. ¿Cuáles son las concepciones sobre la atención del parto y nacimiento en las que se sostienen estas experiencias?
4. ¿Cómo han sido las modalidades de gestión y su relación con el sistema de salud?
5. ¿Cuál ha sido la receptividad social y profesional de estas experiencias, desde la perspectiva de sus principales conductores?

7. Diseño y abordaje metodológico

Para cumplir con los objetivos previstos, se diseñó un estudio de tipo transversal, exploratorio y descriptivo, desde un abordaje cualitativo y considerando las orientaciones generales del método de estudio de caso ya que resultó el más pertinente en función de los objetivos definidos. Este método permite estudiar un fenómeno social o institucional determinado mediante la triangulación de fuentes y datos. Permite generar teorías a partir de fenómenos sociales y esclarecer preguntas del tipo “cómo” y “por qué”, además de ser una herramienta útil para el estudio de organizaciones ya que pretende generar teorías en el ámbito organizacional (Yacuzzi, 2005).

Yin define al estudio de caso como:

“una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes ... trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado se basa en múltiples fuentes de evidencia con datos que deben converger en un estilo de triangulación y también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.” (Yin, 1994, p. 13)

“Estudiamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con su contexto. El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.” (Stake, 1998, p. 11).

Las técnicas que se utilizaron en este caso fueron la entrevista semi-estructurada y análisis documental. Adicionalmente, se diseñó un formulario auto administrado dirigido a quienes trabajaron en la instalación de los tres Centros de Nacimiento con información descriptiva sobre las características de los mismos, su origen, estructura, recursos y funcionamiento. Posteriormente, se realizaron entrevistas semi-dirigidas con las mujeres que llevaron adelante su instalación y fueron grabadas previo su consentimiento. Las entrevistas se realizaron mediante plataforma virtual y personales cara a cara.

La guía de entrevista exploró distintas dimensiones en base a los objetivos definidos². La misma se dividió en los siguientes temas:

- proceso de creación del Centro,
- barreras y facilitadores para su instalación,
- beneficios del Centro,
- concepciones sobre parto, nacimiento y derechos de las mujeres por parte del equipo de salud.

Los Centros se seleccionaron por sus características de consolidación, modelo de funcionamiento intra-hospitalario y extra-hospitalario y los años de desarrollo. A su vez, se tomó en cuenta la accesibilidad, es decir la voluntad de quienes forman parte de las direcciones de estos Centros de formar parte del estudio y permitir el acceso a las entrevistas y la información documental. Se recurrió a diferentes fuentes de información: entrevistas semi-dirigidas, formulario auto administrado, análisis documental, recopilación de notas de prensa, asistencia a congresos internacionales y locales donde se presentaron datos de los Centros y visitas guiadas. Cada una de estas herramientas aportó material robusto para construir cada caso.

Para explorar la situación de Uruguay, revisamos documentación y entrevistamos a una referente de la experiencia de creación del Centro de Nacimiento a los efectos de identificar los factores que intervinieron en su fracaso. Posteriormente, con el objetivo de discutir los resultados obtenidos en el análisis de las tres experiencias europeas, se procedió a realizar entrevistas con dos referentes en atención del parto y nacimiento en Uruguay: una investigadora del ámbito académico y una médica ginecóloga con destacada experiencia de atención y conducción de servicios en el Sistema Nacional de Salud. El trabajo de recolección de información se realizó entre Julio 2019 y abril de 2020.

Entotal se realizaron seis entrevistas, tres a referentes de Centros europeos incluidos en el estudio y tres referentes de Uruguay, todas ellas mujeres profesionales en el ámbito de la salud. Cuatro de ellas Obstetras Parteras, dos Médicas Ginecólogas y una Psicóloga.

Para el análisis del material empírico cualitativo, se utilizaron los procedimientos del análisis de contenido: “una técnica de investigación para formular inferencias identificando de

² En Anexos se adjunta formulario auto administrado y pauta de entrevista.

manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto” (Holsti, 1969, p. 5; en Abela, 2002, p. 3), es decir dándole sentido a la comunicación simbólica y los datos en el texto que son fenómenos distintos a los que son observables. El análisis de datos cualitativos requiere de tres etapas claramente definidas: la reducción de los datos a través de la edición, categorización, clasificación, el análisis descriptivo por el cual se obtienen categorías empíricas y, por último, la interpretación que lleva a establecer conclusiones explicativas. A partir del material obtenido de las entrevistas se procedió a la elaboración y edición de códigos para el análisis. Se definieron diez códigos a partir de la pauta guía y ocho códigos emergentes, de manera inductiva. Con estos resultados se procedió a la clasificación, sistematización y análisis.

C1. Procesos de creación del Centro;

C2. Facilitadores para la implementación;

C3. Barreras para la instalación;

C4. Beneficios para las mujeres que se atienden en los Centros;

C5. Dificultades para la atención que enfrentan los Centros;

C6. Manejo técnico de complicaciones;

C7. Enfoque teórico y ético sobre el parto y nacimiento;

C8. Ventajas de los Centros;

C9. Centros como dispositivos de nuevas prácticas;

C10. Centros como protección de derechos de las mujeres.

Códigos emergentes:

CE1. Partera que se oponen a los Centros;

CE2. Formación de las Parteras;

CE3. Desacreditación de las parteras por poder médico;

CE4. Perfil de mujer que elige el Centro;

CE5. Idea social / cultural sobre el nacimiento;

CE6. Parto en casa;

CE7. Organización del trabajo;

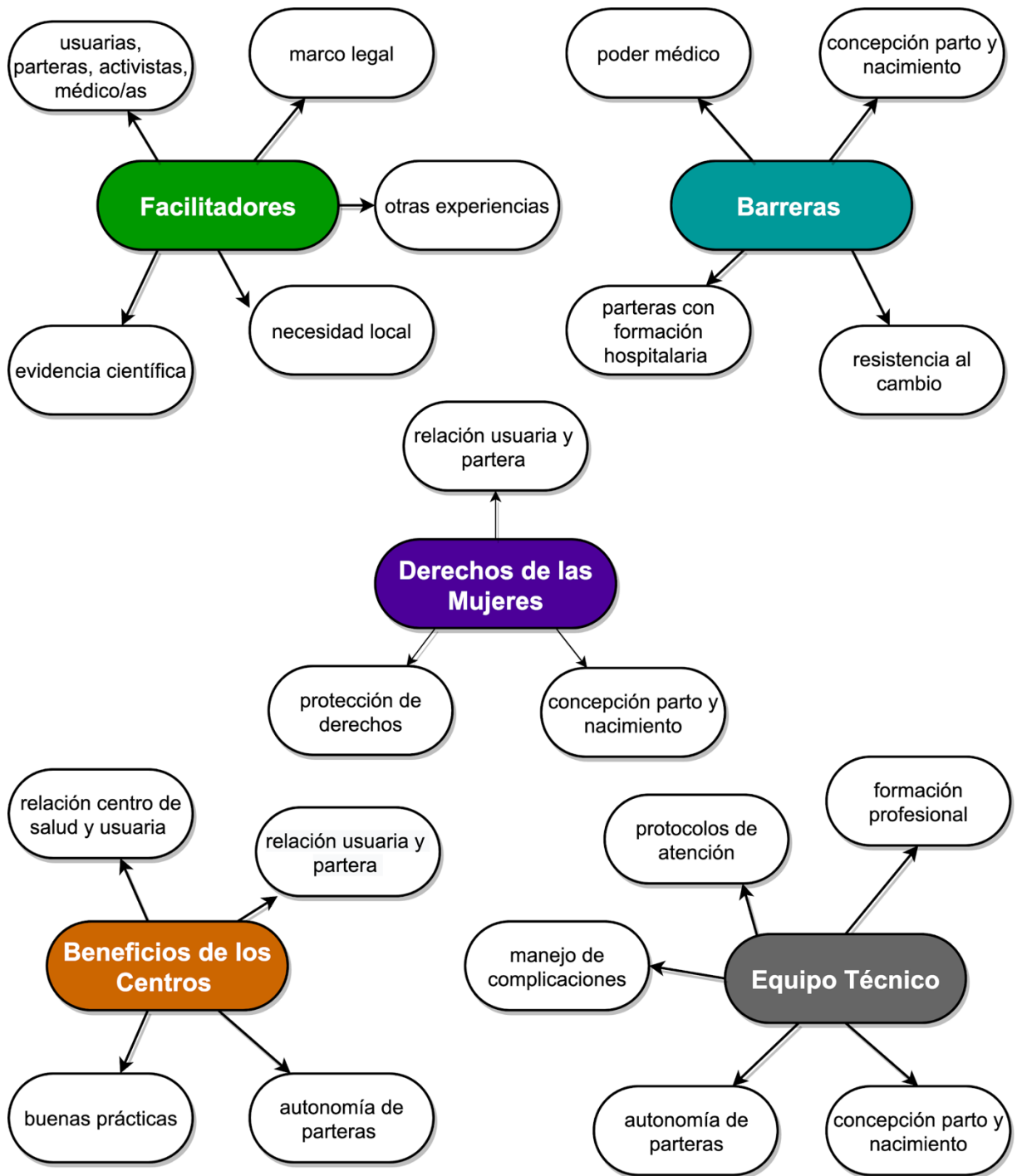
CE8. Financiación

A partir de este trabajo se realizó un mapa analítico donde se organizaron los temas y subtemas que surgieron y se agruparon en diferentes categorías para el análisis (ver Gráfico 2. Mapa conceptual de análisis para datos cualitativos).

7.1 Consideraciones éticas

A los efectos de proteger el anonimato de los tres Centros se han identificado en el estudio como Caso 1 Londres, Caso 2 Barcelona, y Caso 3 Génova. Se elaboró el consentimiento informado y la hoja informativa, los cuales fueron presentados y aceptados previos al comienzo de las entrevistas por las personas que formaron parte del estudio. El consentimiento deja constancia de las características del estudio, los objetivos de la investigación, el carácter confidencial de los datos obtenidos y la no obligatoriedad de participar o continuar la entrevista. Se protegió la confidencialidad de los datos durante todo el proceso y en la comunicación de los resultados. Estos criterios se ajustan a lo dispuesto por el Decreto No 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos, adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología de la Udelar a través de su Comité de Ética en Investigación, el cual avaló el proyecto.

Gráfico 2. Mapa conceptual de análisis para datos cualitativos



Fuente: elaboración propia

8. Resultados y análisis

Los resultados del estudio se organizan en cuatro apartados y surgen de la sistematización y análisis del corpus empírico recogido a través de los instrumentos de la investigación, y su puesta en diálogo con los referentes teóricos desde los cuales se construyó el problema de investigación que nos ocupa.

Como estrategia de triangulación de fuentes y técnicas, la información que se obtuvo en las entrevistas fue codificada y contrastada con otras fuentes: documentales y datos de los Centros. Durante el proceso de lectura del material cualitativo se identificaron diez códigos principales que se agruparon en cuatro grandes temas: factores que favorecen la instalación (facilitadores); beneficios de la atención; desarrollo profesional del equipo técnico; y barreras. Los derechos humanos de las mujeres también surgieron como un tema transversal. A su vez, se identificaron códigos emergentes ligados al marco jurídico, sistemas de salud, buenas prácticas de atención, la formación profesional, relación parteras ginecólogos, relación costo-beneficio, concepción cultural del parto y resistencia al cambio dentro de las instituciones. En los siguientes apartados comenzamos por describir los tres Centros de Nacimiento estudiados de forma de situar el análisis para luego proceder a desarrollar los cuatro temas principales.

8.1 Descripción general de los Centros de Nacimiento seleccionados

Caso 1: Centro de Nacimiento en Londres (Inglaterra)

El Centro que hemos seleccionado para este estudio está ubicado en el este de Londres, una de las zonas con mayor diversidad cultural y lingüística de Inglaterra. Fue inaugurado en el año 2008 como centro extra-hospitalario (se ubica fuera del área de un hospital de referencia). El Centro se ubica en el último piso de un edificio de tres plantas que opera como centro comunitario de salud familiar para la comunidad. Cuenta con cinco habitaciones con piscina para partos. Se realizan visitas guiadas para las mujeres embarazadas y su familia que quieran conocer las instalaciones. Las mujeres comienzan a ser cuidadas por las parteras del Centro desde el comienzo del embarazo. Se brindan talleres de preparación para el parto, hay continuidad de cuidado durante el puerperio y cuenta con una clínica para neonatos sin complicaciones.

El Centro fue desarrollado por un grupo de parteras, médicos de familia, académicos y actores sociales con el fin de brindar a las mujeres de la comunidad un espacio atendido exclusivamente por parteras y donde se pudiera ofrecer un modelo social de cuidado. El

equipo de salud está integrado por parteras y auxiliares de parteras que trabajan turnos de 12 horas. Al ser un centro extra-hospitalario trabajan en coordinación con el hospital local de referencia y el servicio de ambulancias local.

Tiene la capacidad para atender 500 partos anuales. Según reporta el Centro, en los últimos 10 años, 3.804 mujeres tuvieron sus hijos allí, de un total de 4.726 mujeres que comenzaron el trabajo de parto. En el Centro, 81 % tuvo un parto vaginal espontáneo, y otro 7 % logró parto vaginal luego de haber sido transferida al Hospital de referencia. Del total de mujeres transferidas, 5 % tuvo cesárea y 7 % parto asistido con procedimientos tipo fórceps.

El Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido es considerado uno de los sistemas de salud más eficientes, completos e igualitarios a nivel internacional. Atiende a más de 64.6 millones de personas en el Reino Unido y 54.3 millones en Inglaterra (NHS, 2017). El Departamento de Salud es el responsable de gestionar los fondos y las políticas que rigen el Servicio de Salud y los Servicios Sociales. Las políticas de salud en Inglaterra recomiendan que la mujer deba tener la opción de elegir el mejor lugar y cuidado para tener su parto. Dichas recomendaciones están basadas en políticas de salud que fomentan la atención fisiológica y natural del nacimiento cuando el embarazo es saludable y sin complicaciones (NICE, 2014/2017; Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity, 2007; Delaney & Roggensack, 2017).

Caso 2: Centro de Nacimiento en Barcelona (España)

El Centro seleccionado se encuentra en una localidad al norte de Barcelona. El hospital es centro de referencia de 13 municipios y 160.000 habitantes en Cataluña. Es el primer Centro de Nacimiento de Cataluña y fue inaugurado en diciembre del 2017, atiende un promedio de 60 partos anuales de los 600 que ocurren en el hospital. Se encuentra ubicado en la primera planta del hospital al lado de la sala de maternidad. Cuenta con cuartos privados con baños y piscinas de parto, diferentes objetos para trabajar durante el parto como lianas, pelotas y bancos, son espacios amplios, luminosos y cálidos. Las mujeres pueden acceder a visitas informativas en cualquier momento del embarazo. El seguimiento de las mujeres que deciden utilizar el servicio comienza en la semana 36 del embarazo ofreciendo atención continua, se establece el plan de parto con la partera, se ofrecen clases de preparación para el parto y se brinda atención del puerperio a domicilio.

El proyecto fue impulsado por la coordinadora de parteras del hospital, el jefe de servicio de obstetricia y dos parteras con formación y experiencia en el exterior en Centros de Nacimiento. El equipo de salud está integrado por parteras y asistentes de parteras que se

coordinan en turnos de 12 horas por día durante todos los días de la semana, 365 días del año. Por lo general se necesitan dos parteras por turnos. Las asistentes, personal de limpieza y administración se comparten con el Hospital.

El hospital es de servicio público universal, gestionado por una fundación y opera bajo las guías del Sistema Nacional de Salud. En España el Sistema Nacional de Salud ofrece el marco de garantías generales y permite la descentralización de los servicios de salud para optimizar la atención. Las políticas de salud tienen como objetivo garantizar la atención a todas las personas tratando de superar las desigualdades territoriales y sociales. Se basa en un sistema que se focaliza en la atención en el primer nivel, en base al enfoque de atención primaria, con las características propias que la definen. La Ley 41/2002, Ley de Autonomía del Paciente (Boletín Oficial del Estado, 2002), regula los derechos, obligaciones de los pacientes, completa las previsiones que la Ley General de Sanidad (Boletín Oficial del Estado, 1986) enunció como principios especiales y refuerza la autonomía de los pacientes, garantizando el derecho a tomar decisiones informadas con respecto a la maternidad y la atención de sus hijos.

Caso 3: Centro de Nacimiento en Génova (Italia)

El Centro de Nacimiento se ubica a nivel intrahospitalario en la ciudad de Génova (Liguria) en Italia. La región de Liguria es una de las menos pobladas, y con baja tasa de natalidad del país. La maternidad del hospital atiende un promedio de 1.500 partos por año y el Centro entre 100 a 130. El Centro de Nacimiento fue inaugurado en el año 1999 y atendió su primer nacimiento en el año 2000. Fue impulsado conjuntamente por un grupo de parteras y una ginecóloga obstetra que consideraban que debía ocurrir un cambio en la forma predominante de atención del parto y nacimiento hasta el momento. El Centro se conecta por un corredor con la sala de partos tradicional -donde se realizan partos intervenidos y cesáreas-, con neonatología y cuidados intensivos neonatales del hospital. Está compuesto por cinco cuartos cada uno con su baño privado y un cuarto con piscina de parto. El equipo de salud está integrado por parteras y asistentes de parteras que se coordinan en turnos de 12 horas por día y noche y un neonatólogo referente del hospital que se llama en caso de ser necesario.

En Italia, el Servizio Sanitario Nazionale (SSN) brinda cobertura médica universal y gratuita. El Ministerio de Salud es el organismo rector de las políticas de salud y define los objetivos principales a nivel nacional pero son los gobiernos regionales quienes administran los

paquetes de beneficios para cada región, bajo la Ley 421/1992 (Gazzetta Ufficiale, 1992) que atribuye a las regiones competencias en la organización de los servicios de salud.

Italia cuenta con leyes que promueven el parto respetado. En el año 2000, se adopta en la legislatura el objetivo materno infantil (Progetto Obiettivo Materno Infantile) desarrollado en el marco del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, como un asunto de importancia estratégica en salud materna (Gazzetta Ufficiale, 2000). Los principales objetivos son el respeto y humanización de la atención del nacimiento, capacitación del personal, promoción del contacto piel con piel entre madre y recién nacido y promover la lactancia materna, e impulsar la producción nacional de conocimiento.

En la siguiente tabla, se presentan los principales indicadores recogidos a través de un formulario auto administrado realizado a las direcciones de los Centros referidos.

Tabla 1. Características de los Centros de Nacimiento del estudio.

Centro de Nacimiento	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Ciudad, País	Londres, Inglaterra	Barcelona, España	Génova, Italia
Año de inaugurado	2008	2017	1999
Sistema de Salud	NHS National Health System. Público	Sistema Nacional de Salud Público	Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Público
Marco Jurídico	Guías de Salud del National Health System (NHS)	Real Decreto 12/77 y Ley de autonomía del paciente	Progetto Obiettivo Materno Infantile.
Número de nacimientos por año	380 - 500	60	100 - 130
Equipo profesional	Parteras y Auxiliares de parteras	Parteras y Auxiliares de parteras	Parteras y Auxiliares de parteras

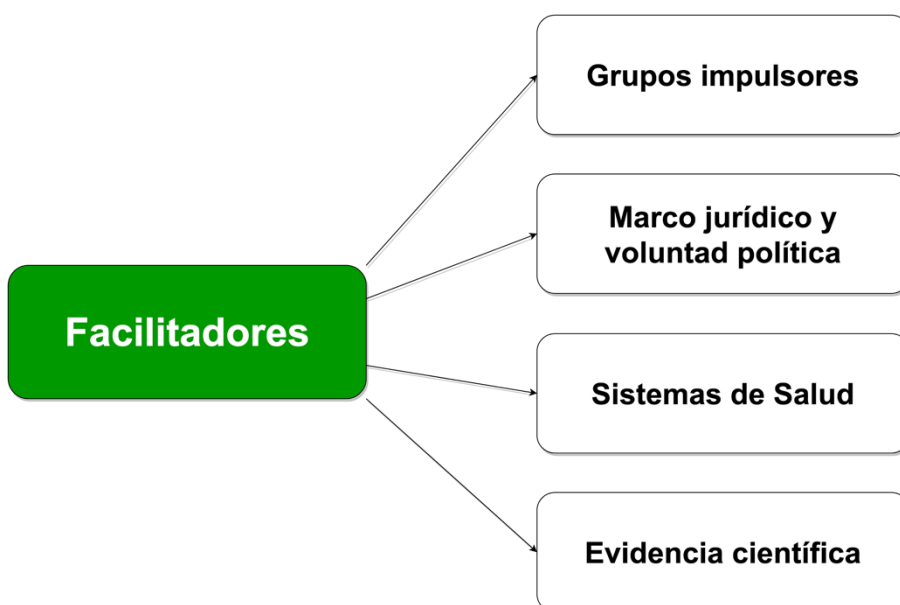
Fuente: elaboración propia en base a datos recogidos en el estudio.

8.2 Factores que favorecen la instalación de los Centros

Uno de los objetivos del estudio fue identificar los factores que favorecieron la instalación de los tres Centros desde la perspectiva de profesionales implicados en su desarrollo y gestión que hemos entrevistado. En base a lo recogido de las entrevistas, se pueden identificar cuatro grupos de factores (ver Gráfico 3. Factores que favorecieron la instalación de los Centros seleccionados).

- 1) Existencia de grupos impulsores
- 2) Marco jurídico y voluntad política
- 3) Sistemas de salud
- 4) Evidencia científica

Gráfico 3. Factores que favorecieron la instalación de los Centros seleccionados



Fuente: elaboración propia

Según lo relevado, en todos los casos, los impulsores de los Centros fueron grupos de profesionales de salud, académicas y actores de la comunidad tanto integrantes del sistema de Salud como externos. El segundo factor está conformado por el marco jurídico de salud y derechos humanos de los países, junto a la oportunidad y voluntad política de las autoridades sanitarias de los hospitales y las ciudades. Este factor fue clave para la aceptabilidad inicial de la propuesta y su viabilidad institucional. El tercer factor concluyente que se identificó fueron los sistemas de salud nacionales que promueven y organizan la atención en el primer nivel de atención y el enfoque de la atención primaria en salud. Finalmente, y no menor, el acumulado de evidencias científicas y recomendaciones

internacionales de los organismos especializados, que instaban a transformar los modelos instituidos de atención del parto hospitalario y medicalizado.

En todos los casos existe una demanda que emerge de la comunidad y que se caracteriza por la necesidad de adaptar y repensar la asistencia para las mujeres en situación de parto normal y de bajo riesgo. En el caso de Londres, se suma la proyección del crecimiento demográfico de la comunidad local que sobrepasa la capacidad de atención del hospital local.

8.2.1 Existencia de grupos impulsores

En los casos estudiados, el trabajo previo para llevar a cabo este tipo de proyectos tiene como denominador común la formación de grupos que impulsaron la creación de los Centros. Estos grupos impulsores están integrados por profesionales de la salud (parteras y médicos/as), académicas, usuarias y actores locales de la comunidad. Se caracterizan por ser grupos fuertes y robustos, con una visión clara de los determinantes estructurales que definen a los Centros, cómo estos deben de ser gestionados y cuáles son los objetivos y metas a las que aspiran.

Los tres Centros surgen a partir de la necesidad de promocionar un cambio en el modelo de atención del parto normal en las propias comunidades. Esto condice con los “Estándares de Atención de los Centros de Nacimiento” recientemente publicados donde se especifica que éstos deben estar integrados con la comunidad local (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

E: ... pasó algo a nivel local, de la comunidad... se hizo una proyección de los números de la población y el número de nacimientos para los próximos 10 años y prácticamente vieron que estaban construyendo tanto en el área de East London que no iban a tener lugar suficiente para atender los partos y veían como se les venía un problema... tener que construir otros hospitales (E1, Londres)

Las parteras así como las usuarias tienen un rol fundamental en este tipo de proyectos, si bien existe participación de varones en esta primera etapa, en todos los casos estudiados son las mujeres quienes aparecen como sus principales gestoras.

Este factor nos remite a lo que dice Stolkiner (2005), que la accesibilidad a los servicios de salud se define como el vínculo que establecen los sujetos y los servicios. Este vínculo está formado por las condiciones y el discurso de los servicios y las representaciones que los sujetos tienen de este (Comes & Stolkiner, 2005).

E: ... yo creo que sobre todo las mujeres, que pidan cada vez más este tipo de parto y este tipo de acompañamiento. El hecho de que como usuarias lo soliciten y lo pidan en forma de solicitud de hoja reclamaciones del hospital, lo hacen a través de las matronas³ de comunidad con el hospital una de las cosas que estamos trabajando es que las matronas en la comunidad hagan turnos aquí y en el hospital para poder informar mejor del proyecto, entonces el hecho de que ellas lo soliciten en forma escrita al hospital como por redes sociales es un facilitador para abrir este tipo de servicio... este es uno... otro yo creo que es que este es un hospital pequeño y es un facilitador poder cambiar las cosas y no se necesita de una gran estructura para modificar algo, es más sencillo, y matronas muy motivadas... yo creo que estos han sido los facilitadores para poder implementar el proyecto (E2, Barcelona)

En el caso de Barcelona es interesante observar cómo las parteras se han organizado para trabajar en la comunidad y cómo junto a las usuarias lograron impulsar por diferentes medios la viabilidad del proyecto.

E: ... un grupo de parteras mayores que yo fueron las que tenían el poder para hacerlo... las parteras más viejas y la directora del hospital (E3, Génova).

Entre los profesionales de la salud, las parteras son quienes se involucran en el proceso con dos objetivos: respetar el parto fisiológico y normal y re-adueñarse de su campo profesional. Ello se debe a que en los últimos 60 años han sido desplazadas en favor del desarrollo de la ginecología como única profesión válida para ocuparse del embarazo y parto. Esto se relaciona con el incremento de los partos hospitalarios, el desarrollo de tecnología e intervenciones (inducción, oxitocina, monitoreo fetal, episiotomías) y el empleo masivo de ginecólogos/as en los hospitales.

En todos los casos los Centros de Nacimiento surgen de la necesidad de las mujeres por cambiar los modelos de atención al parto y nacimiento en sus comunidades, y desde el lugar de las parteras por re-apropiarse de su rol tradicional como la profesional idónea para atender partos normales de bajo riesgo.

8.2.2 Marco jurídico y voluntad política

En los tres países existe un marco jurídico que ubica al Estado como protector de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El principio de autonomía de las personas se expresa en el reconocimiento de la autonomía de las mujeres a elegir cómo

³ Matrona es sinónimo de Partera.

tener sus hijos y el tipo de cuidado que necesitan. Los tres países se rigen por los principios de protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano amparados en el Convenio del Consejo de Europa respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (*Convention on Human Rights and Biomedicine*, 1997)

Este marco normativo es muy importante para impulsar iniciativas como las que estamos considerando, ya que estas responden al contexto jurídico nacional (e internacional) de promoción y protección de los derechos humanos y en particular de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de los/a pacientes a la atención de calidad.

Otro aspecto central, en consonancia con lo anterior, es la voluntad política de los tomadores de decisión de acompañar y/o impulsar estas iniciativas.

8.2.3. Sistemas de salud

Los sistemas de salud en los que funcionan los Centros se enmarcan en el principio de atención universal y gratuita. Son sistemas que fomentan la atención en el primer nivel y el enfoque de la atención primaria. A su vez, cada uno está amparado por normas jurídicas internacionales y nacionales además de sus propios decretos y regulaciones.

En el caso de España, el Sistema de Salud funciona como un conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración Estatal y los Servicios de Salud de las Comunidades. El artículo 43 de la Constitución Española del año 1978 establece el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos (Constitución Española, 1978). Los principios que permiten el uso de este derecho están amparados por la Ley General de Sanidad (Boletín Oficial del Estado, 1986) y se concretan en financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios, derechos y deberes para los ciudadanos y el poder público, descentralización política de la sanidad en las Comunidades autónomas y prestación de una atención integral de salud con altos niveles de calidad evaluados y controlados. En el caso particular de Cataluña desde principios de los años 80, comienzan a establecerse transformaciones que han posibilitado la unificación del mismo.

En 1990 se aprueba la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Boletín Oficial del Estado, 1990), esta Ley se basa en los principios de la salud como servicio público, financiado con asistencia sanitaria integral que hace énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad con el fin de superar desigualdades sociales y territoriales en la atención de la salud. Como características esenciales de separación de funciones en la compra, financiación y provisión de servicios, la descentralización a través de regiones sanitarias, con participación comunitaria por medio de consejos de salud y participación de

los ciudadanos en las direcciones de las instituciones asistenciales. En Barcelona, el Departamento de Salud de Cataluña es el responsable de la creación e implementación de políticas en salud siguiendo las líneas de acción del Sistema Nacional de Salud.

En el caso de Italia, el Servizio Sanitario Nazionale (SSN) se basa en los principios de universalidad, equidad e igualdad garantizados por la Ley N°. 833 del 1978 (Gazzetta Ufficiale, 1978). A través del Ministerio de Salud el gobierno central distribuye los paquetes financieros y define los paquetes de prestaciones que deben ser garantizadas a todos los ciudadanos y residentes extranjeros. Debido a la gestión descentralizada del SSN, este se descompone en servicios regionales llamados Azienda Sanitaria Locale. Los gobiernos regionales son los responsables de la planificación y desarrollo de los servicios de salud a través de las autoridades sanitarias locales. Las regiones gozan de una amplia autonomía en cuanto a cómo organizan los servicios dentro de los marcos generales del SSN. A pesar de las garantías que el SSN brinda hay notorias diferencias en la calidad de los servicios según cada región. La diferencia fundamental se encuentra entre la zona norte y sur. El norte presenta mayor capacidad, tecnología de avanzada y mejor calidad en la atención lo que lleva a un éxodo de pacientes del sur al norte en busca de atención. Se basa en la atención primaria, médicos generales, de familia y pediatras son los principales referentes de los pacientes y quienes derivan la atención a los especialistas.

El Sistema de Salud (NHS) del Reino Unido nace después de la Segunda Guerra Mundial, inaugurado el 5 de julio de 1948, a punto de partida de la necesidad de brindar atención universal, gratuita e igualitaria a la población. Se ha desarrollado al día de hoy como uno de los mayores servicios de salud pública en el mundo. Los siete principios básicos en los que se rige el NHS son los siguientes: el acceso igualitario al servicio dependiendo de la raza, género, religión, orientación sexual, discapacidad, cambio de género, embarazo o estado civil. El servicio de salud busca prevenir, tratar y diagnosticar problemas de salud física y mental; acceso a los servicios de salud y tratamiento gratuito salvo en ocasiones en las que el Parlamento dicte, aspirar a los mejores estándares de atención y profesionalismo en la atención que se le brinda a los pacientes y en el cuidado y entrenamiento de sus trabajadores, cargos gerenciales y las investigaciones que se lleven adelante para con la salud actual y futura de la población; los servicios deben de estar coordinados y trabajar en pos de la necesidad de los pacientes sus familias y /o cuidadores; trabaja en conjunto y forma parte de otras organizaciones para el bienestar de la comunidad y sus pacientes; se compromete a brindar el mejor, más efectivo, justo y sustentable servicio con los fondos públicos; por último debe rendir cuentas de su gestión a la población que sirve y a las comunidades. Desde el punto de vista de su financiamiento, es un sistema basado en

impuestos nacionales por el cual el Gobierno es responsable. Las políticas de salud son definidas por el gobierno central de cada región. La mayoría de las decisiones referidas a tratamientos de los pacientes son tomadas por las autoridades locales, personal de salud y pacientes. La toma de las decisiones en el NHS debe ser transparente y clara para el público, el personal de salud y los usuarios.

8.2.4 Evidencias científicas

Las experiencias positivas de otros países y la evidencia científica disponible a nivel global en el tema, han sido factores decisivos para la implementación de los Centros. Como hemos mencionado anteriormente, existe un acumulado muy importante de evidencias sobre los beneficios de la atención en Centros de Nacimiento. Asimismo, la existencia de antecedentes de buenas prácticas en otros países, fueron centrales para impulsar el desarrollo de nuevas iniciativas culturalmente sensibles y adaptadas en los escenarios locales.

Los protocolos maternos y neonatales que manejan los Centros están basados en la evidencia científica disponible, y se promueve la investigación, evaluación y difusión inmediata de datos obtenidos en caso de incidentes (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

E: ... escuchamos del modelo inglés y vimos los estudios y publicaciones... la idea era traer este modelo aquí, pero una cosa era la idea, el modelo y el proyecto y por eso me contactaron a mí, porque yo trabajaba en una casa de parto y tener a alguien con experiencia, porque yo sabía cómo funcionaba y cómo era la práctica diaria (E2, Barcelona)

E: ... dos grupos de nosotros fuimos a Denmark a ver nuevas experiencias de centros allí... en ese momento no eran como son ahora, eran maternidades al lado de la guardia maternal tuvimos la oportunidad de ver muchas luego volvimos con la idea (E3, Génova)

Precisamente el punto 25 de los Estándares Europeos para Centros de Nacimiento indica que: “Los protocolos maternos y neonatales están basados en la evidencia científica (incluyen el uso de guías de práctica clínica internacionales cuando proceda)” (Postigo Mota et al., 2018, p. 26).

La creciente evidencia científica de los resultados positivos de los Centros, los hacen tan atractivos. El estudio Birthplace in England ya mencionado fue el precursor para que el Reino Unido actualizara las guías de NICE (2014/2017), donde remarcan que se debe

proveer información no sesgada a las mujeres y que la atención en los Centros de Nacimiento es especialmente recomendada para mujeres sanas con embarazos sanos.

La atención en salud basada en la evidencia científica se caracteriza por utilizar investigaciones rigurosas que se adecuan a cada caso y a cada paciente en particular. La atención en los Centros de Nacimiento que colocan el foco en las mujeres con embarazos sanos y sin complicaciones de salud, deben estar preparadas para atender cualquier eventualidad. Por lo tanto, cuando es necesario realizar intervenciones en caso de complicaciones y ello debe basarse en la mejor evidencia científica disponible sobre el tema.

I: ¿Cuáles son las dificultades que pueden presentarse? y cómo las maneja el equipo de salud?

E: Tenemos un protocolo de parto normal... que si nos salimos hacemos un traslado a la sala de parto... E2, Barcelona)

Los protocolos están pensados para funcionar de forma coordinada con los servicios del hospital o los servicios de ambulancia promoviendo así una visión conjunta y trabajo en equipo del personal de salud participante.

8.3 Beneficios de la atención en los Centros

Se exploró cuáles son los beneficios que se identifican de la asistencia en Centros de Nacimiento desde la perspectiva de quienes participan de su desarrollo y gestión. En este sentido, de las entrevistas realizadas se identificaron tres beneficios principales que promueven este tipo de iniciativas (ver Gráfico 4. Beneficios de los Centros de Nacimiento).

- 1) Buenas prácticas de atención del parto
- 2) Promoción y protección de derechos de la mujer
- 3) Relación costo beneficio

La aplicación de buenas prácticas en la atención del nacimiento y el respeto a los procesos fisiológicos del parto normal. Un segundo beneficio que se desprende de la aplicación de buenas prácticas es la promoción y protección de derechos de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. El tercero se asocia a la relación costo beneficio.

Gráfico 4. Beneficios de los Centros de Nacimiento



Fuente: elaboración propia

8.3.1 Centros como dispositivo de buenas prácticas de atención

De las entrevistas surge la relevancia del papel que ocupan los Centros en la promoción y aplicación de buenas prácticas de atención, ya que están basados en un modelo de cuidado bio-psico-social que se enfoca en las necesidades integrales de las mujeres y contempla la fisiología y las dimensiones psicológicas y socioculturales implicadas.

Las buenas prácticas en la atención del parto y nacimiento están asociadas al respeto del proceso fisiológico del trabajo de parto, por ejemplo el no uso de técnicas invasivas como el monitoreo fetal, inducción del parto con oxitocina, rotura de membranas, enemas, episiotomía, que la mujer pueda moverse y comer o beber durante el trabajo de parto, el acompañamiento continuo por parte de la partera, el apoyo a la familia y el respeto por la dimensión sociocultural, forman parte de las dimensiones destacadas de este tipo de atención.

E: ... tener una asistencia más personalizada... tener una asistencia que está focalizada en el bienestar y la fisiología que entonces está asociada a menos riesgos porque entonces tú tienes una asistencia que va a utilizar la parte médica y técnica solamente cuando es necesaria y no si no es necesario... y luego normalmente con un centro tienes acceso a servicio más cerca de tu casa... y también un centro tiene un enfoque de modelo bio-psico-social que entonces responde a las necesidades biológicas psicológicas y sociales de la familia... un ejemplo es que tu puedes tener

las personas de apoyo que quieras... acompañantes en el parto, tu pareja puede quedarse a dormir ahí si quiere tus otros hijos pueden quedarse también entonces tienen una respuesta a las necesidades sociales de la familia mucho mejores que un hospital que tiene sus reglas y cosas fijas (E1, Londres)

El respeto de la fisiología del parto normal, así como las necesidades psicológicas y sociales de las mujeres son referidos como conceptos fundamentales y pilares de la atención que brindan los Centros. Por ser un modelo centrado en la mujer y la familia, desde la perspectiva del modelo de género transformativo, responde a la necesidad individual de cada caso y apoya el acceso igualitario, respetando la diversidad cultural, promoviendo el apoyo personalizado y el bienestar emocional durante el embarazo, el parto y puerperio.

E: ... la ventaja es que se puede respetar mucho más la fisiología... que la mujer está acompañada por una matrona y se sienta satisfecha del proceso... que muchas veces en la sala de partos del hospital por el intervencionismo es un sitio que es para mujeres que tiene un tipo de complicación y por lo tanto necesitan más intervencionismo lo que pasa es que de tener más intervenciones hace que las mujeres que son de bajo riesgo y no necesitan las tengan... entonces es el hecho de respetar la fisiología de... que no lleve una vía, que pueda beber... que pueda comer... que pueda descansar y se pueda mover,... que tenga el apoyo de una matrona durante todo el momento que muchas veces en las salas de parto no se puede (E2, Barcelona).

Los relatos refuerzan el respeto por los tiempos de la mujer embarazada y la fisiología del parto. Asimismo, las intervenciones deben estar justificadas y ser usadas a la luz de la mejor evidencia científica. Desde la perspectiva de las personas entrevistadas, la visión crítica que tienen de la atención del parto en hospital cuando la mujer es sometida a intervenciones innecesarias.

8.3.2 Promoción y protección de derechos de las mujeres

De las entrevistas surgen datos sobre el modelo de cuidado que promueven los Centros, la igualdad entre las mujeres y las parteras, la toma de decisiones informadas y la importancia de respetar el proceso fisiológico del parto normal brindando un espacio seguro para el nacimiento.

E: creo que el tipo de matrona que trabaja en un Centro de Nacimiento tiene que tener una filosofía específica (...) se protege contra la violencia institucional por el

hecho de poder facilitar la fisiología ya que no estamos acostumbradas a respetarla en las salas de parto, creo que es hacia allí a donde vamos... no debería existir violencia en las salas de parto tradicionales... no puede ser que porque una mujer necesita más intervenciones no se le pregunte, no se tenga un trato amable... no se le pregunte o se le explique que se va a hacer... riesgos... beneficios (E2, Barcelona)

El relato de esta entrevistada ubica el papel de la partera y de las/os profesionales que actúan en los Centros como protectores contra la violencia institucional hacia las mujeres durante la atención del parto y nacimiento de sus hijos. Desde esta perspectiva, no sólo el personal actuante sino el propio Centro de Nacimiento se debe sostener en una visión de protección y defensa de los derechos de las mujeres.

En 1981, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer adoptada por las Naciones Unidas define discriminación como:

“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (ONU Asamblea General, 1981)

La restricción de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres tiene consecuencias en todos los aspectos en su vida. Los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos básicos garantizan el control de la mujer sobre las decisiones de su vida reproductiva y vida sexual, acceso a métodos anticonceptivos, elegir la terminación del embarazo, acceso a aborto seguro, acceso a servicios de salud, apoyo durante el embarazo y parto y la libre elección de donde parir sus hijos.

En los testimonios hay dos aspectos que quedan bien claros, el primero referente a los valores que promueven las parteras y los Centros a favor de respetar los derechos de las mujeres. El segundo, en directa relación con el primero, está vinculado al rol de la partera en el proceso y cómo ésta debe de garantizar que estos derechos se respeten y se cumplan.

Resulta claro que durante su formación profesional y a lo largo de sus carreras han sido testigos de abusos de poder por parte del personal médico y actos violencia obstétrica contra las mujeres durante el parto.

E: ... yo estaba totalmente a favor de cambiar la asistencia y no quería ser más responsable de estos actos terribles contra las mujeres... las mujeres no estaban educadas para pedir algo diferente ... por el contrario ahora son más fuertes con respecto a sus derechos (E3, Génova)

Por lo que se entiende que los Centros aparecen en el discurso de las profesionales como espacios seguros donde se puede brindar el mejor cuidado a la mujer.

En todos los casos las profesionales reconocen el concepto de autonomía de la mujer, que de por sí está amparado por leyes que afectan a los sistemas de salud en los tres países seleccionados. Los Centros dentro de su reglamento reconocen el derecho de autonomía de las mujeres, evita la rigidez entre mujeres de bajo y alto riesgo y ofrece un valoración personalizada en cada caso, el sistema garantiza el apoyo a las mujeres que opten por la atención en los Centros de Nacimiento, reconoce su autonomía en la toma de decisiones (Postigo Mota et al., 2018, p. 23).

E: ... hay que considerar el concepto de la autonomía de la mujer y de construir una relación que la mujer confíe en la matrona que le está dando el consejo (E1, Londres).

8.3.3 Relación costo-beneficio

En los Centros de Nacimiento se busca que los partos sean espontáneos vaginales con reducido uso de anestesia epidural, intervenciones médicas y alto grado de amamantamiento inmediato. Estos son factores que influyen en ahorro de costos de los Sistemas de Salud.

La evidencia científica muestra que los Centros -con relación a los hospitales-, presentan mejores resultados obstétricos y mejor balance costo-beneficio. El estudio Birthplace in England (2011) encontró que las mujeres tienden a elegir Centros de Nacimiento, entre otros motivos, porque los partos son más cortos y con menos intervenciones. Las recomendaciones de NICE enfatizan que para las mujeres multíparas y primerizas sin complicaciones los Centros y el hogar son seguros y el resultado para el bebe y los resultados para este no difieren de los hospitales.

E: si tú haces una comparación de lo que te cuesta asistir un parto en un Centro de Nacimiento o en un hospital ... la proporción de lo que ahorras será similar. Tiene sentido eso?

I: si tiene sentido...siempre será mejor costo beneficio.

E: exactamente porque tú tienes menos epidurales, menos cesáreas, menos de todas esas intervenciones y complicaciones, entonces aunque tú incluyes el costo de transportar a las mujeres al hospital en la ambulancia cuando tengan complicaciones, incluyendo eso, todavía es más barato que asistir un parto en hospital (E1, Londres)

Un estudio en Inglaterra (Schroeder et al., 2012) encontró los costos asociados a los partos de mujeres de bajo riesgo según los diferentes espacios donde planean dar a luz:

- £1631 (€1950, US\$2603) por unidad obstétrica en hospital
- £1461 (€1747, US\$2332) por Centros intrahospitalarios
- £1435 (€1715, US\$2290) por Centros extrahospitalarios
- £1067 (€1274, US\$1701) en la casa

Para mujeres de bajo riesgo, los partos en hospitales son los más costosos para el sistema de salud y se asocian a un mayor uso de farmacología e intervenciones en el parto, mientras que los Centros ofrecen mejores resultados costo-efectividad comparados con los hospitales.

8.4. Desarrollo profesional

De las entrevistas surge como tema de relevancia el desarrollo profesional de los equipos multidisciplinares de los Centros (ver Gráfico 5. Desarrollo profesional). En relación a este tema surgen tres temáticas específicas:

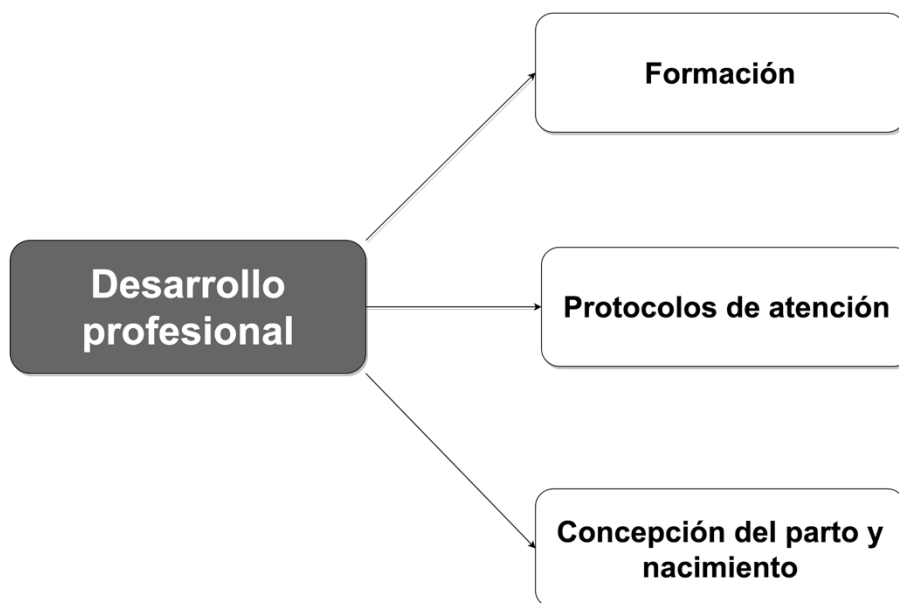
- 1) Formación
- 2) Protocolos de atención
- 3) Concepción del parto y nacimiento

En todos los Centros, el equipo técnico está integrado por parteras, auxiliares de parteras auxiliares y personal administrativo y cuando es necesario se consulta a ginecólogos, neonatólogos, médicos de familia y paramédicos. En los casos de Italia y España, el personal auxiliar y administrativo es compartido con el hospital. En el caso de Londres, al tratarse de una experiencia extra hospitalaria el Centro tiene su propio equipo de auxiliares y administrativos.

Los Centros operan todos los días de la semana, los 365 días del año. Cada Centro opera en condiciones similares, los turnos son de 12 horas, los cubren dos parteras por turnos, en caso de ser necesario cuentan con el apoyo de las auxiliares. En el caso de Barcelona, las parteras que atienden el Centro también trabajan en sala de partos del hospital, en la

maternidad al cuidado de las púerperas y en la salas de lactancia. En Génova las parteras intercalan seis meses de trabajo en el Centro y seis meses en la maternidad del hospital.

Gráfico 5. Desarrollo profesional



Fuente: elaboración propia

8.4.1 Formación profesional

Los tres centros se caracterizan por fomentar una cultura organizacional que promueve el desarrollo profesional del equipo técnico con jornadas de capacitación e intercambio tanto a nivel local como a nivel internacional.

E: ... hacemos muchísimos más capacitaciones... yo cuando asistía partos en casa nunca tuve tanta formación como cuando trabajé en el Centro... entonces yo trabajando de parto en casa tenía menos capacidades... que es una locura si te lo piensas... que cuando abrimos el Centro empezaron a hacer mucho más formación y ahí yo desde una posición senior (E1, London)

E: Sí... nuestras parteras están bien entrenadas en particular para ver situaciones patológicas, usualmente las parteras jóvenes que trabajan en el Centro están bajo la supervisión de las parteras con más experiencias y siempre las tienen que llamar (E3, Génova)

En los Centros las parteras se forman en la atención del parto fisiológico mientras que la formación terciaria durante la carrera se basa en una formación hospitalaria, enfocada en el manejo de complicaciones y emergencias.

E: ... como dentro del sistema sanitario solo está como experiencia el parto hospitalario, donde es difícil respetar la fisiología... las matronas que se forman y salen cada año solo ven esto... no hay rotación de casas de parto... no hay rotación de parto en casa... no se ve la fisiología real como tal... entonces esta formación no existe, hay como un gap en la formación como fisiología... entonces es difícil encontrar matronas que acompañen partos fisiológicos y que realmente tengan esta filosofía (E2, Barcelona)

Este testimonio remarca las diferencias que existen en cuanto a la formación y la concepción del parto y nacimiento que existe entre los profesionales que trabajan en hospital y los que trabajan en Centros de Nacimiento. Por ejemplo, tomando como referencia la viñeta anterior, las parteras que trabajan en hospital y solo han tenido una formación hospitalaria e intervencionista son más precavidas para con la atención que se brinda en los Centros.

El caso de Génova-Italia resulta interesante ya que tienen un sistema de rotación entre las parteras que trabajan en la sala de parto del hospital y las que trabajan en el Centro de Nacimiento, cada seis meses rotan del hospital al Centro y viceversa.

La formación y el trabajo en equipos multidisciplinarios es parte de la filosofía de los Centros y está enmarcado en los Estándares Europeos. En el caso de Londres al ser un Centro extra-hospitalario que trabaja en coordinación con el hospital de referencia y con el servicio de traslado de ambulancias, realizan una vez al año cursos de entrenamiento y capacitación que incluye al personal del Centro, neonatólogos, médicos de familia y paramédicos⁴ del servicio de ambulancias.

Varios autores señalan que una de las características para que un Centro de Nacimiento tenga buenos resultados es que debe existir una misma filosofía en el aprendizaje y una relación de confianza dentro del equipo (Postigo Mota et al., 2018, p. 19).

En los Estándares Europeos de atención de Centros de Nacimiento se remarca el rol que ocupan los Centros en la integración de parteras recién tituladas y el desarrollo de la formación interdisciplinaria que involucra parteras, auxiliares de enfermería, neonatólogos, personal de emergencia hospitalaria, médicos de familia y ginecólogos. Esta concepción de integración y trabajo en equipos multidisciplinarios promueve la transparencia en la cultura organizacional garantizando una mejor calidad en la prestación del servicio.

⁴ En el Reino Unido los servicios de ambulancias son públicos y están integrados por paramédicos certificados.

8.4.2 Protocolos de atención en emergencias

Los tres Centros han creado protocolos de atención que incluyen aspectos relacionados a la filosofía y organización de los Centros. Abarcan aspectos relacionados con la gestión y funcionamiento como también el manejo de complicaciones y emergencias. Cada uno ha implementado el suyo a través de diferentes vías, en el caso del Centro de Génova se tomó como referencia un protocolo de atención existente en otro país y lo adaptaron de acuerdo al surgimiento de nueva evidencia científica.

E: ... comenzamos con un protocolo en el 1999 que era el que se usaba, en Italia no había nada pero habían muchos en otras partes de Europa, nosotros tomamos el protocolo Kloosterman (de Países Bajos)... las mujeres que podían acceder eran mujeres sin complicaciones antes o durante el embarazo... sigue vigente muy parecido con las nuevas guías. Adaptamos un poco el protocolo pero era básicamente ese... cambiamos algunas cosas... pensando en nuestro hospital (E3, Génova)

En el caso del Centro de Barcelona las emergencias se resuelven dentro del hospital en coordinación con el equipo del hospital.

E: ... tenemos un protocolo de parto normal... que si nos salimos hacemos un traslado a la sala de parto... se coordina con camillero, se coordina con quirófano etc. lo que hicimos fue describir todas las emergencias que nos podíamos encontrar... para agilizar el tiempo de traslado fue abrir una línea de teléfono que es la línea de emergencias obstétrica que la profesional que esté con el parto pueda llamar y decir... distocia de hombros en la casa de partos por ejemplo... y desde allí ya se contacta con los profesionales que tienen que venir a la casa de partos o si tiene que ser un traslado por una hemorragia post parto o un prolapso de cordón, pues que los profesionales vayan a la sala de parto del hospital (E2, Barcelona)

En el Centro de Londres, que es extra hospitalario, si se presenta algún tipo de complicación se realiza una evaluación de la situación, se da aviso al hospital local y al servicio de ambulancias para que estén preparados en caso de un traslado.

E: ... cuando hay complicaciones, en el 97 % de los casos se aconseja un traslado durante el parto que no es de emergencias, es un traslado simplemente diciendo "mirá para estar seguros es mejor ir al hospital" ...entonces el número de emergencias que tenemos en el centro es muy bajo y claramente cuando pasa,

porque pasan, las matronas están entrenadas para gestionarlas, tienen métodos y capacidad de equipo de gestionar estas complicaciones y lo que hacen es, mientras gestionan la complicación -ahora, estamos hablando de Centros afuera del hospital como este-, llaman a la ambulancia, gestiona la emergencia y cuando está estabilizada se resuelve si es necesario trasladar a la mujer al hospital o que se quede ahí en el centro... entonces hay un sistema súper clarísimo, que el Centro que tiene una experiencia de muchísimos años ya y la realidad es que maneja la emergencia muchísimas veces mejor que en el hospital, porque en el hospital la matrona siempre confía en tener 10, 15 personas que entran en el cuarto a gestionar la emergencia y nadie se toma mucha responsabilidad, pero en un Centro cuando tú tienes solamente dos matronas sabes que tú tienes que manejar la emergencia, si no es una mierda... entonces tu sabes muy bien que tu... tu quieres saber que sabes gestionarla... entonces hacemos muchísimos más trainings... yo cuando asistía partos en casa nunca tuve tanta formación como cuando trabajé en el Centro (E1 Londres).

Los protocolos de atención y manejo de las emergencias están basados en la evidencia científica y se revisan cada año. De acuerdo a los Estándares Europeos las guías de práctica clínica y los protocolos deben ser redactados y aprobados entre el equipo multidisciplinario que incluye a la unidad obstétrica, la unidad de neonatología y los servicios de emergencias.

A diferencia de los hospitales en los que predomina una organización jerárquica del trabajo la cultura organizacional de los Centros promueve el trabajo en equipos multidisciplinarios y fomenta una cultura de trabajo igualitaria.

8.4.3 Concepción del parto y nacimiento del equipo técnico

Un denominador común caracteriza a los equipos técnicos que trabajan en los Centros: comparten la misma concepción sobre la atención del parto y nacimiento que se basa en promocionar un modelo social de atención y cuidados, centrados en la mujer y su entorno. Un enfoque bio-psico-social, que atiende las necesidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer. Es un enfoque con un claro posicionamiento sobre la autonomía, la igualdad y diversidad que incluye los derechos reproductivos de la mujer y el derecho a la elección de cuidados durante el embarazo y el parto.

E: ... yo creo que el embarazo parto y nacimiento es fisiológico, que socialmente se le ha impuesto mucho miedo a las mujeres que se las hizo pensar que es algo de lo que no son capaces, entonces mi idea es que es fisiológico y que si socialmente se conoce se sabe del procesos y se acompaña a las mujeres es algo fácil y mi idea es que todas las mujeres deberían poder optar por eso... ser autónomas y tener respeto de sus decisiones (E2, Barcelona)

Como mencionamos anteriormente, el parto fisiológico o normal es definido como: “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (OMS, 1996, p. 7).

E: ... el nacimiento es un proceso fisiológico que a veces se hace no fisiológico entonces las matronas tiene que apoyar a la mujer y si surgen complicaciones entonces uno se mueve más en el ambiente médico pero entenderlo desde el punto de vista médico es muy peligroso porque complica las cosas (E1, London)

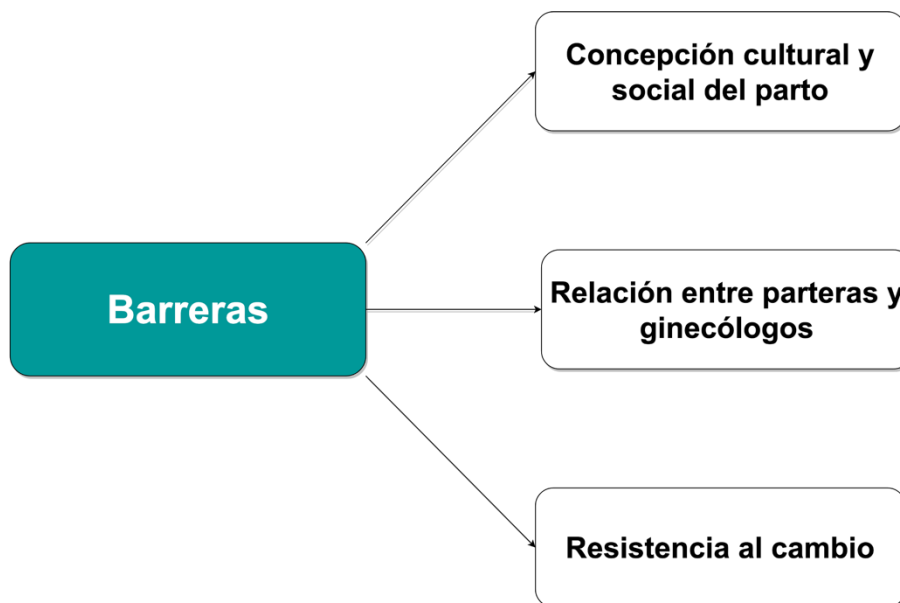
Tanto las parteras como el resto del equipo que trabaja en los Centros comparten una misma filosofía de cuidado y valores de los servicios que prestan. Se apoyan las prácticas que facilitan la fisiología durante el embarazo, el parto y el establecimiento del vínculo madre bebe. La utilización de intervenciones es justificada y considerada en base a la mejor evidencia científica disponible.

8.5. Barreras durante el proceso de implementación

Se exploró qué tipo de barreras encontraron los Centros para su instalación, desarrollo y futura gestión. Del resultado de las entrevistas se identificaron tres barreras con mayor o menor grado de incidencia según el país y el año de instalación del Centro (ver Gráfico 6. Barreras para la instalación de los Centros). Estas barreras son:

- 1) la concepción cultural y social del parto
- 2) la relación entre parteras y ginecólogos
- 3) la resistencia al cambio institucional.

Gráfico 6. Barreras para la instalación de los Centros



Fuente: elaboración propia

Para que los proyectos de los Centros pudieran instalarse tuvieron que ser evaluados y calificados por grupos consultivos integrados por las gerencias de los hospitales, comisiones de salud comunitarias formadas por profesionales de la salud, comisiones fiscales, actores sociales y comisiones municipales de las localidades donde los Centros operan. Estas comisiones varían de acuerdo a los países. En España e Italia los proyectos fueron aprobados por las direcciones de los hospitales respectivos. En Inglaterra el proyecto se presentó a la comisión que maneja los servicios de NHS de la zona geográfica donde se instaló el Centro. Estas comisiones están compuestas por una mesa directiva integrada por diferentes *stakeholders* que cumplen una función pública y están bajo el servicio del NHS.

8.5.1 Concepción cultural y social del parto

Los tomadores de decisión, es decir, los profesionales de la salud involucrados en la aprobación de los proyectos para instalar los Centros, en su mayoría tienen una concepción del parto y nacimiento diferente a la que tienen las parteras y profesionales que presentaron los proyectos.

E: ... el concepto es que la población y los profesionales consideran el paritorio⁵ como centro de servicio, eso es el centro del mundo, el centro del universo es eso, el Centro de Nacer es una pequeña luna que vaga por ahí alrededor... entonces para

⁵ Paritorio es el nombre que en España se llama a las salas de parto del hospital.

mí ha sido la parte más interesante porque tú tienes, la gente tiene concepciones de cómo son las cosas, entonces si el sitio donde una va a parir es el paritorio el Centro de Nacimiento es algo alternativo... pero tenemos evidencia que dice que para mujeres sanas el Centro de Nacimiento tendría que ser el normal y el paritorio es donde vas si tienes problemas... pero hay un cambio de mentalidad que tiene que ocurrir pero no ha ocurrido con la población, ni siquiera con los profesionales incluidas las matronas porque la mayoría de las matronas todavía trabaja en paritorio, son las primeras las matronas a las cuales les da miedo trabajar en un Centro de Nacimiento

I: ... y a vos porque te parece que pasa eso? con que tiene que ver?

E: tiene que ver con la concepción del mundo, con lo que tú crees que es normal... no se déjame pensar algo similar que no tenga que ver con esto... ok vamos a ver... si tú tienes...no se... un dolor de cabeza o algo tu no vas al A & E no? tú vas a tu médico de familia, vale, entonces tú tienes una prioridad de los servicios... tu cuando quieres anticonceptivos tu no vas al Accident and Emergency⁶ tu vas a ver a una enfermera o médico de familia vale? Pues lo mismo tendría que ser con el parto... el parto cuando es fisiológico y no tiene problemas tendría que ser en el primer nivel de atención vale? no en el hospital... el hospital tendría que ser en el nivel agudo de emergencia, cuando hay complicaciones. eso sería el normal siguiendo las recomendaciones de la evidencia ... pero nosotros hemos dicho a la población desde los años 70 y 80 que el parto es algo peligroso y tienes que ir al hospital porque algo puede pasar en cualquier momento y hemos pedido eso a la población (E1, Londres)

El cambio en el modelo de atención en las últimas décadas tiene que ver justamente con esta concepción del parto y nacimiento como un evento peligroso. Por este motivo, el parto, que en la mayoría de los casos es fisiológico, termina siendo un parto medicalizado y un acto médico que glorifica esta intervención porque garantiza la seguridad de la mujer y el bebe a veces con costos que superan los beneficios.

Como lo expresó Wagner (2001), los profesionales de la salud que atienden los nacimientos: médicos obstetras, parteras y enfermeras no pueden concebir la idea de un parto sin intervención porque todo lo que han visto y saben es cómo intervenir medicalizar y deshumanizar un nacimiento.

⁶ A&E Accident and Emergency se refiere a las emergencias de los hospitales

La OMS realizó la siguiente afirmación con respecto a la medicalización:

“By medicalizing birth, i.e. separating a woman from her own environment and surrounding her with strange people using strange machines to do strange things to her in an effort to assist her, the woman’s state of mind and body is so altered that her way of carrying through this intimate act must also be altered and the state of the baby born must equally be altered. The result is that it is no longer possible to know what births would have been like before these manipulations. Most health care providers no longer know what ‘non-medicalized’ birth is. The entire modern obstetric and neonatological literature is essentially based on observations of ‘medicalized’ birth” (World Health Organization & Regional Office for Europe, 1985)

Como ya hemos mencionado la evidencia científica en los últimos años ha demostrado los múltiples beneficios que ofrecen los Centros y que tienen las mujeres que optan por este sistema de atención (Birthplace in England, 2011).

Los Centros de Nacimiento como modelos de atención ofrecen otra visión de cuidado y atención del embarazo parto y nacimiento. Una visión holística, donde se respetan los procesos naturales del parto sin el uso injustificado de medicalización e intervenciones. Son justamente estos aspectos que lo hacen más seguro que los hospitales para las mujeres con embarazo de bajo riesgo.

8.5.2 Profesionales

De los relatos de las entrevistas se desprende que profesionales como ginecólogos, parteras, pediatras y aquellos vinculados a la atención del nacimiento son quienes desconfían de este modelo y obstaculizan la instalación y/o el desarrollo de los proyectos.

En el caso de Barcelona la jerarquía hospitalaria y el rol que la partera ocupa en los equipos deja ver la existencia de diferencias teóricas, prácticas y filosóficas que los distintos profesionales tienen respecto a la atención del nacimiento. La partera es ubicada en un lugar secundario y desplazadas de las tomas de decisiones en las maternidades de los hospitales. Su estatus profesional es subordinado al poder médico y desde esta lógica carecen de poder para el desarrollo de acciones transformativas en los hospitales.

E: ... al final es la jerarquía hospitalaria que hay ahora mismo... entonces es difícil mover este tipo de proyectos si no tienes el apoyo de obstetras... de pediatras, que al final son un poco los que están encima de esta jerarquía hospitalaria, porque no hay equipos multidisciplinarios en el que se dice: “la matrona es la experta en la

modalidad entonces dejamos que ella haga entonces” ... esto hace que en vez de que se tenga a estas personas como cómplices, son los que ponen las barreras. Y a veces otro limitante no son solo los otros profesionales, sino las otras matronas (E2, Barcelona)

E: ... siempre las mismas dos tipos de barrera, la forma de pensar sobre el nacimiento de los ginecólogos como categoría de división y la segunda barrera... el miedo a este nuevo método forma... 20 años atrás fue el comienzo de la ola de miedo en el nacimiento en Italia, entonces no era posible hablar del nacimiento como un proceso natural... como algo natural... entonces no tuvimos ninguna ayuda desde los médicos incluso los pediatras, algunos si... algunos querían hacer el amamantamiento normal y eso, pero la mayoría no lo aceptaban y ponían horas para que la madre esté con el bebe o alimento cada tantas horas, no aceptaban al padre en la habitación, etc. Nosotros abrimos las puertas a los padres y fue un escándalo... era inusual (E3, Génova)

En Inglaterra la partería ha sido la forma tradicional de cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, lo cual al día de hoy se mantiene. Las parteras son autónomas y libres en el ejercicio de su profesión. En España e Italia -dependiendo de la zona geográfica- puede tener mayor autonomía o estar subordinada al médico ginecólogo/a.

Como ya lo hemos mencionado, el cambio que ha tenido lugar en los últimos 50 años en el modelo de atención del parto normal ha reestructurado los servicios de maternidad. El avance y desarrollo de las tecnologías reproductivas se han apropiado del cuerpo femenino el cual se convirtió en el campo privilegiado para el incremento en el uso de intervenciones, con el objetivo de tener el nacimiento ideal. Así la partera quien tradicionalmente cuidaba de la mujer fue siendo relegada a un segundo lugar por el médico ginecólogo/a. Coincidiendo con Reibel (2004), en este sentido, la dicotomía entre parteras y ginecólogos no es solo una cuestión de capacidades sino que el debate debe incluir aspectos filosóficos, legislativos, de juegos de poder de género y condicionamiento cultural que han influenciado la atención a la salud reproductiva de las mujeres.

En el siguiente relato se evidencian las tensiones que existe entre ginecólogos y parteras y cómo las mismas han sido relegadas en su práctica.

I: ... te parece que eso tenga que ver con la formación que se da en la escuela de medicina en las facultades... en las universidades?

E: sí, sí peor porque la formación de las matronas o sea que cuando la matonería entró al hospital la generación antes de la mía en Italia donde estudié trabajaban como matronas del territorio en pueblos por ahí asistiendo parto en casa y tenían una formación y una capacidad increíbles. Los médicos iban a pedirles ayuda a ellas. Ellas eran las que enseñaban a los médicos. Ahora la generación mía toda en hospital y prácticamente transformaron a la matrona en asistente del médico. Y eso también fue algo súper asco que hicieron los médicos obstetras porque la generación anterior no había casi mucho medico obstetra, había muy poco. La mayoría que se interesaban por parto eran médicos de familia que asistían y ayudaban cuando había complicaciones (E1, Londres)

Según la OMS la partera es la profesional idónea para atender el embarazo y el parto normal (OMS, 1996, pp. 11–12). La misma está educada para entender y apoyar el parto fisiológico, comprender las posibles complicaciones y actuar frente a ellas; por el contrario, los médicos obstetras están entrenados en evaluar riesgos y actuar de acuerdo al modelo clínico.

El modelo médico obstétrico ha ido desplazando a la partera, ganando territorio bajo una inequidad de relaciones de poder. Este destierro que viene experimentando la profesión en muchas sociedades hace ya más de un siglo, no solo tiene que ver con cuestiones de técnicas y de experiencia sino con cuestiones filosóficas y de control del poder. El parto y nacimiento han pasado a ser campo de una fuerza de trabajo predominantemente masculina que invalida la partería profesional como la más adecuada para el cuidado de la mujer durante el embarazo parto y puerperio (Reibel, 2004).

8.5.3 Resistencia al cambio institucional

En los tres casos, los equipos que llevaron adelante los proyectos experimentaron las mismas resistencias por parte de las gerencias de los hospitales, profesionales de la salud y actores sociales. Si bien, en el caso de Londres la resistencia se observó en discrepancias relativas a la gestión del Centro, en los casos de Barcelona y Génova la resistencia es al cambio de modelo de atención del parto y nacimiento.

E: ... la resistencia al cambio... que se encuentra en todos los hospitales, esto de que si siempre funcionó así, por qué se tiene que cambiar, creo que ha sido muy difícil no solo con las matronas sino con todos los funcionarios del hospital, que se creyese que este cambio era posible y era mejor para la mujer. Entonces esa resistencia a cambiar la práctica diaria (E2, Barcelona)

E: ... sí, las barreras fueron para abrirlo bien, porque prácticamente algunos de nosotros éramos más focalizados en la filosofía, en trabajar como matronas de la manera justa. El hospital estaba más interesado en tener un sitio en donde tener partos. Y el trust no entendía muy bien la filosofía de base, entonces cuando empezamos a abrirlo prácticamente empezamos a tener una guerra con los managers del hospital que querían hacer micromanagement del birth centre, pasamos de todo (E1, Londres)

E: ... todos los días tenía discusiones con mis colegas... me decían que yo era la responsable y tenía que estar ahí cada vez que venía una mujer, me llamaban cada vez que había una mujer en trabajo de parto o entraba a la maternidad nadie la quería aceptar. Había un protocolo... algunos estaban de acuerdo, como mi directora, pero mis colegas... algunos sí bien... pero la mayoría no... estaban de guardia y no aceptaban a las mujeres... buscaban excusas fisiológicas para no aceptarlas (E3, Génova)

Si bien el caso de Génova tiene 20 años, el testimonio de la entrevista muestra una actitud de desaprobación, persecución y pone en evidencia situaciones que pueden haber sido de gran vulnerabilidad y violencia institucional hacia las mujeres.

El concepto de cultura organizacional nos aporta elementos para entender la lógica de funcionamiento de la institución hospitalaria. Esto se refiere a que la organización está integrada por representaciones, expectativas, historia y definiciones internas y externas de cómo una organización funciona y debe de ser (Allaire & Firsirotu, 2016). En el campo obstétrico, las representaciones simbólicas que se tengan respecto al nacimiento condicionan las prácticas institucionales y profesionales que se desarrollan. Dichas representaciones se van construyendo por los hábitos, el accionar y los valores sobre la maternidad, la condición de las mujeres y el papel profesional, que se reproducen en los equipos de salud (Arnau Sánchez et al., 2012).

9. Mirando la situación de Uruguay

En Uruguay, antes de finales del siglo XIX y principios del XX, los partos ocurrían en el domicilio, la mujer era cuidada por parteras y mujeres de la familia. El primer registro que se tiene de una partera es el de Andrea de Morales, quien llegó al país con la segunda inmigración canaria en 1729 (Pou-Ferrari & Pons, 2012). En el recorrido histórico que realizan Pou-Ferrari y Pons sobre la ginecología y obstetricia en Uruguay se puede observar cómo se desplaza el saber de las mujeres, por ejemplo, estos historiadores resaltan una larga lista de varones que dirigieron o enseñaron en la Escuela de Parteras desde sus principios en 1877. Fue recién en 1971, casi 100 años más tarde, que una partera, Teresa González Scarella, fue electa para el cargo de dirección de la Escuela por primera vez (Pou-Ferrari & Pons, 2012).

La institucionalización de la atención del parto en Uruguay tuvo lugar en la primera mitad del siglo XX. A pesar de que el país cuenta con un primer nivel de atención expandido en todo el territorio, donde se asiste a las mujeres durante el embarazo, la atención del parto y nacimiento tiene lugar en el tercer nivel de atención (los hospitales).

En 2008, Uruguay aprobó la Ley N° 18.211 (Parlamento del Uruguay, 2007), mediante la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) promoviendo, entre otras, la priorización de un modelo de atención primaria en salud. El SNIS cuenta con una cobertura universal de la población y se organiza en servicios integrales en el subsector público y en el subsector privado. Dentro de las metas asistenciales del SNIS se encuentra la Meta 1 que cubre niños, niñas y mujer embarazada. Las acciones de las metas están en línea con los Objetivos Nacionales, las guías de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud y las recomendaciones de OMS. A pesar de la reforma que introdujo la creación del SNIS en materia de modelo de atención, de financiamiento y de gestión de la salud, la atención del parto y nacimiento sigue siendo hospitalaria.

A su vez el país cuenta -desde 2008- con la Ley N° 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva (Parlamento del Uruguay, 2008), que fue reglamentada por el Ministerio de Salud para su puesta en marcha en el sistema de salud en el 2010. Esta ley ha significado un avance importante en el reconocimiento por parte del Estado uruguayo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Ello tiene implicaciones directas en la atención de la salud reproductiva de las mujeres, incluyendo la atención del embarazo, parto y nacimiento. A la referida ley, debe sumarse a Ley N° 19.580 de Violencia hacia las Mujeres basada en Género (Parlamento del Uruguay, 2018a) que reconoce la violencia obstétrica entre las formas de violencia

En el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) de Uruguay para el 2020, el Objetivo Estratégico 3 expresa: “Mejorar el acceso y la atención en salud en el transcurso de la vida” (MSP, 2017a, p. 66). En este objetivo se identifica como asunto relevante la humanización del parto, nacimiento y cesárea con varias áreas de intervención. En particular el área 43 del Objetivo Estratégico 3 enuncia: “Condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica” y cuenta con siete líneas de acción, mientras que el área 44 “Magnitud de tasas de cesárea a nivel nacional”, contiene 12 líneas de acción siendo la primera “Desarrollar proceso de regionalización, habilitación de maternidades, red de maternidades de referencia y acreditación de maternidades con base en criterios de calidad y un Plan Maestro Nacional” (MSP, 2017a, p. 72).

En este contexto político y jurídico que garantiza los derechos en salud sexual y reproductiva no se han podido instrumentar propuestas de Centros de Nacimiento, a pesar de iniciativas que tuvieron lugar entre 2010 y 2019. En estos años, a partir de un marco normativo robusto y protector de los derechos de las mujeres, se destacan dos iniciativas que buscaron concretarse: una desde una organización de la sociedad civil en Montevideo y otra desde un equipo técnico de un Centro público de salud en el Departamento de Rocha.

En los últimos años se han implementado diferentes estrategias desde ASSE con el objetivo de mejorar la atención a la mujer en el parto y nacimiento y bajar las tasas de cesárea del país. En el año 2017 se lanza el Proyecto Promoción y Reconocimiento de Buenas Prácticas de Atención y se presenta el Catálogo de Buenas Prácticas de Atención de Maternidades de ASSE (2017). El objetivo del Proyecto es que las maternidades de ASSE brinden atención de calidad basada en el reconocimiento de las buenas prácticas, apoyada en evidencia científica, promocionando una cultura de cuidado humanizado para la mujer, el recién nacido y la familia. Esas iniciativas demuestran que en los últimos años el país ha avanzado en el desarrollo de políticas de salud perinatal que apuntan a la mejora continua.

En el departamento de Río Negro, en la ciudad de Young, se ubica el Hospital de Young perteneciente a ASSE. Dicho centro cuenta con una maternidad que atiende aproximadamente unos 450 nacimientos anuales. El equipo de la maternidad integrado por médicos/as ginecólogos/as, parteras y enfermeras realiza un fuerte trabajo de atención en la zona rural viajando distancias de 50 km para controlar a las mujeres embarazadas en sus hogares. El 99 % de los partos que atiende están institucionalizados. La maternidad cuenta con un centro de alojamiento conexo al hospital destinado a mujeres rurales embarazadas, donde pueden permanecer a esperar su parto junto a su familia. La maternidad cuenta con equipamiento de origen alemán con el fin de promover la humanización en la atención y las

buenas prácticas. El Hospital tiene la tasa de cesárea más baja del país, siendo hoy un centro de referencia nacional en la atención humanizada del parto.

Esta maternidad fue la primera en Uruguay en recibir el premio Unicef de lactancia materna y la primera también en recibir el Premio Maternidad Amiga de las Mujeres “Juan José Crottogini” otorgado por el MSP (2008) que destacó la atención humanizada del parto y nacimiento.

Otra iniciativa a destacar es la maternidad del Hospital de Rocha, que contó con fondos de la central sanitaria suiza por el trabajo que realizan las parteras en dicha maternidad, incluyendo una exitosa pasantía para estudiantes suizas (ASSE, 2011; Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2014).

En estos contextos, se ha reducido las cesáreas de 50 % a 27 % en el Hospital de Rocha (ASSE, 2016), mientras que en Young, el 90 % de los partos se realizan de forma vertical, logrando el servicio el índice de cesárea más bajo del país, 22,7 % (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2018).

Sin embargo, a pesar de estos avances aún no existen Centros de Nacimiento en el país y hay obstáculos para el libre ejercicio de la profesión de las parteras de, incluyendo actitudes culturales, como se evidencia en las siguientes viñetas:

E: ... Uruguay no tiene casa de parto⁷, pero si tiene equipos de parteras que atienden parto a domicilio. Es allí donde también hay una persecución a las parteras porque no hacen partos institucionales... nuestro Título de Partera dice que podemos asistir partos en cualquier lugar del territorio nacional. Y es ahí de donde nosotros nos agarramos (Obstetra Partera, Montevideo)

Hablando del parto en casa...

E: ... por supuesto que tienen problemas y cada tanto hay una caza de brujas y el asunto también es que nos ponemos firmes porque nuestro título nos habilita y cada equipo tiene parteras, doulas (Obstetra Partera, Montevideo)

Esta alusión a una “caza de brujas” coincide con un artículo de la organización por la mejora de los servicios de maternidad en el Reino Unido (AIMS) que alertaba, en los años 90, sobre la persecución a las parteras, que tanto en el Reino Unido como a nivel mundial amenazaba,

⁷ Casa de parto es como se nombra a los Centros de Nacimiento en muchos países de Latinoamérica y España.

según la organización, con eliminar no solamente la posibilidad de libre elección, sino también la seguridad y la normalidad del embarazo y el parto (Beech & Thomas, 1999). Esto nos remite a la importancia de que se articulen varios actores sociales para fomentar la valoración de la profesión de partería.

Es en el año 2010 que surge un proyecto para instalar un Centro de Nacimiento en Montevideo a través de la iniciativa de una asociación civil sin fines de lucro, cuyo objetivo era la investigación y asistencia de calidad en salud perinatal basada en recomendaciones de organizaciones internacionales y la evidencia científica disponible.

El proyecto contaba con la financiación de Fundaciones extranjeras. El Centro se inauguró en el año 2010, ubicado en el barrio Prado a 20 minutos del Hospital Gustavo Saint Bois (ASSE) y de varios centros asistenciales privados. La casa contaba con dos habitaciones amplias e iluminadas con vistas a un gran jardín arbolado, que se usarían como las salas donde parir. Las habitaciones incluían un baño privado, una decoración tenue, camas dobles para acompañante de la mujer y distintos objetos para ayudar en el trabajo de parto, como banquitos para parir sentada y pelotas de pilates. En un principio, el Centro estaba dirigido a usuarias de los servicios públicos de ASSE y del Banco de Previsión Social, con la única condición de que fueran mujeres sanas cursando un embarazo de bajo riesgo.

El Centro se propuso ofrecer un espacio de preparación para el parto, apoyo a la lactancia, controles de embarazo y controles pediátricos. El equipo de salud estaba integrado por dos parteras, una pediatra, un ginecólogo, una psicóloga, una trabajadora social y una doula (acompañante formada para el apoyo fisiológico durante el parto) además de equipo auxiliar de servicio y de administración.

El proyecto contó con el apoyo de varias organizaciones sociales, activistas y políticos. El Centro comenzó a funcionar con algunas actividades, en especial con la recepción de usuarias en talleres de preparación para el parto mientras se esperaba la habilitación del Ministerio de Salud Pública para atender los partos. Sin embargo, el proyecto no logró prosperar. Por un lado debido a falta de capacidad organizativa y problemas de liderazgo de la ONG y, por otro lado, debido a los obstáculos que el Ministerio de Salud Pública puso a la hora de habilitar la iniciativa. Durante un año se realizaron reuniones entre la directiva de la ONG y las autoridades de salud pública con el fin de lograr la habilitación del Centro. En estas instancias cada parte estuvo representada por abogados. Las visitas de inspección al Centro eran realizadas por ginecólogos varones que representaban al Ministerio. A lo largo del proceso se solicitaron varios cambios para la habilitación, que incluían algunos que buscaban inviabilizar la iniciativa. Por ejemplo, el Ministerio solicitó como exigencia que el

Centro debía contar con ambulancia propia, y cuando la ONG vuelve a presentar el proyecto con la ambulancia, las autoridades del Ministerio reclamaron que era necesario que el Centro se equipara con un quirófano completo. Estas exigencias demuestran la posición antagónica de las autoridades con respecto a los partos en el primer nivel de atención que luego se formaliza en la ordenanza 2693 Maternidades del año 2012 del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012).

En la entrevista mantenida con una de las informantes calificadas del ámbito académico y experta en el estudio de los derechos de las mujeres en el parto y nacimiento, menciona esta ordenanza, que fue inmediatamente posterior a la propuesta de Centro de Nacimiento, directamente prohíbe los partos en servicios o centros donde no se encuentre el equipo de salud completo.

E: ... tenemos esta situación en nuestro país que ni siquiera hay casas de nacer, pero tampoco se atienden partos en hospitales cuando falta alguien del equipo, tipo anestesista, vos tenés que tener el equipo completo para el peor de los escenarios. entonces, esto significa que vos no podés atender un parto en ningún lado si no tenés un equipo de ginecología, neonatólogo, anestesista, el equipo completo., esto pasa con frecuencia... (no en Montevideo) pero pasa en el interior del país donde, si hay guardias que no hay neonatólogo o anestesista, aunque hayan parteras y ginecólogos en una maternidad, no atienden partos y los trasladan a otra maternidad

E: se trasladan, eso es una normativa sobre las maternidades que viene a decir cuando un lugar se transforma en maternidad o no.

E: ...ahora en pandemia esto empezó a pasar de nuevo y se han hecho muchos traslados y ha habido denuncias ante el Instituto de Derechos Humanos ... pero los traslados sanitarios no han quedado en nada porque igual, insisto, lo estamos haciendo para preservarte, para que tu bebe nazca en el lugar donde pueda ser atendido por si pasa algo... algunas de las que han denunciado ha sido porque terminaron pariendo en la ruta arriba de una ambulancia ... entonces, esto de prevenir el riesgo no es tan así, porque iatrogénicamente estás produciendo un riesgo mucho mayor (Académica Investigadora, Montevideo)

I: ¿hay alguna ley en nuestro país que prohíba las casas de parto?

E: no se si está escrito, pero como te conté ninguna partera puede atender partos en el primer nivel de atención porque las mujeres tienen que ser trasladadas a hospitales.

I: ¿hay una norma sobre eso?

E: sí, hubo una norma y fue aprobada... y nos enteramos tarde después de aprobada hubo movimiento de las parteras porque hubo una denuncia y como siempre aquí no pasó nada y se le echó la culpa al de arriba y se muere una mujer o un niño nadie se enteró... esto se hizo en el segundo gobierno... y los centros asistenciales del primer nivel se borraron (Obstetra Partera, Montevideo)

Uruguay tiene una baja tasa de muerte materna y neonatal (en 2018 en 6,6 por 1.000 nacidos vivos) (MSP, 2019b). Este argumento es el que presenta el Ministerio de Salud Pública y los gremios médicos: para señalar que debido a la institucionalización del parto, Uruguay tiene tan buenos resultados a nivel materno infantil. Sin embargo, esto contrasta fuertemente con la elevada tasa de cesárea (44% global), especialmente alta en el sector privado (Aguirre et al., 2019).

Otro aspecto que surgió de las entrevistas en Uruguay fue la tensión que existe entre las parteras y ginecóloga/os en el desarrollo de su rol profesional.

Como mencionamos anteriormente, la partería formal en Uruguay data del siglo XIX, en 1877 se inaugura la Escuela de Parteras en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. El título que se otorga actualmente es el de Obstetra Partera el cual habilita el ejercicio libre de la profesión y entrena para atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y dar atención inmediata al recién nacido. Por su parte, la formación en ginecología es una especialización de la carrera de Medicina que se ocupa de patologías del aparato reproductor femenino y patologías en embarazos y nacimiento.

El siguiente es el relato de la médica ginecóloga en relación a este punto, que pone en relieve la jerarquización de la ginecología por sobre la partería.

E: ... hay muchas contras que están vinculadas a lo cultural primero porque el rol de la partera en Uruguay no está bien difundido o no se le da el lugar que debería tener...primero, porque los ginecólogos somos muchos y bueno el tema del poder médico ... histórico que hemos acaparado el terreno del nacimiento, en el primer nivel de atención las parteras tampoco tienen un rol principal porque el ginecólogo está metido dentro del primer nivel de atención ... aunque nosotros estemos especializados, seguimos atendiendo situaciones de bajo riesgo y el nuestro también queda como desdibujado pero en esa situación siempre terminamos ganando nosotros (Médica Ginecóloga, Montevideo)

Aunque un informe de la ONU, ICM y OMS (UNFPA et al., 2014) enfatiza que la partera es la profesional idónea y puede brindar el 87 % de los cuidados a la madre y el recién nacido, en la práctica en Uruguay actúa de auxiliar del médico ginecólogo. Poco a poco se le ha quitado poder de ejercicio y práctica. Recién en el año 2017 el Ministerio de Salud Pública le habilitó a medicar fármacos, como anticonceptivos, suplementos de hierro, calcio y ácido fólico y en el 2019 se hizo lo mismo con los tratamientos de sífilis durante el embarazo (MSP, 2017b, 2019a).

Las parteras al haber sido removidas de su campo de acción profesional su rol ha quedado desdibujado frente al del ginecólogo/a. Directamente no son tomadas en cuenta como las profesionales idóneas para atender los partos normales en la mayoría del territorio nacional. El hecho de que los médicos ginecólogos/as ocupen la atención en el primer nivel, demuestra la concepción cultural que tiene la sociedad uruguaya sobre la atención en salud, que se ve reflejada en la posición que ocupan las especializaciones médicas dentro del sistema.

En un estudio cualitativo sobre la atención al parto en Uruguay desde un enfoque de derechos humanos, Gainza, Magnone Alemán y Labastie (2013, pp. 189, 194) señalan que la forma de atención al parto y nacimiento en el Uruguay “más que orientada a tener en cuenta las necesidades de cada mujer singular, garantiza protocolos de atención que aseguran un nivel adecuado de morbi-mortalidad, a la vez que defiende al profesional (que no se sale de los modos legitimados de atención)” y que “Las mujeres son tratadas por el Estado uruguayo como beneficiarias-usuarias-clientas [...] pero están muy lejos de ser concebidas como sujetos autónomos.”

Las cifras en Uruguay reflejan la realidad sobre la saturación de recursos humanos en algunas especializaciones y cómo este factor puede ser determinante en cuanto a la diferenciación de roles de parteras y ginecólogos/as. En el año 2018 los nacimientos registrados fueron 40.139, 2.897 menos que en el año 2017(MSP, 2019c). Según el Anuario Estadístico Nacional 2018 (INE, 2018), al año 2017 había 17.257 médicos/as, 736 parteras y 7.025 enfermeros/as registrados en la Caja de Jubilaciones de Profesionales Universitarios. El Sindicato Médico del Uruguay (SMU, 2010) recoge que las especialidades con mayor número de médicos/as activos son pediatría (7,5%), medicina interna (5,1%) y ginecología (3,8%).

Contar con profesionales médicos especialistas como ginecólogos/as ejerciendo en el primer nivel de salud o por ejemplo, pediatras que realizan visitas domiciliarias en las ambulancias implica un gasto de recursos tanto para el sistema público como el privado.

Entonces, existe una saturación real en la profesión médica, y en especial de algunas especializaciones, entonces es claro que esto incide en la organización de los sistemas de salud y por lo tanto en las fuentes del trabajo.

La siguiente viñeta expresa -por un lado- como se vive esta saturación de recursos en el campo del nacimiento y -por otro lado- cómo las mujeres poco a poco han ido apropiándose de sus derechos y lo expresan en la consulta ginecológica.

I: ¿Te parece que sea un tema el volumen de nacimientos y la cantidad de parteras y ginecólogos que hay ..?

E: sí, es un tema y eso no ayuda...pero sí se podría definir los roles y sí hay poco espacio y hay pocas mujeres. Termina siendo una competencia y una competencia desleal donde en este país, "m' hijo el doctor" ... igual de todos modos yo creo que hay como una luz, creo que hay más mujeres, por la información que circula más rápido, eso ayuda a visibilizar un poco más ...te das cuenta hasta en los controles, que antes era mucho más vertical. Ahora hay una conversación, un replanteo y un cuestionamiento ... las mujeres piden, preguntan y dicen "yo quiero el parto sentada" y "vi un video y fulana lo tuvo sentada" ... antes eso no estaba, era "te acostas y te quedas acostada". ahora es "quiero caminar" ... entonces dejas de hacer las cosas tan automática y explicas bien y porque es su derecho y te lo reclaman te preguntan... entonces es su derecho y está bien que lo pidan, y eso empezó a verse más frecuentemente que antes no existía eso, no significa que todo mi colectivo tome conductas de respeto, por un lado, y tampoco eso facilite la carrera a un centro de nacer, pero bueno, ayuda ... no se ahora con este nuevo gobierno que tenemos ... no se cuanto se puede esperar... (Médica Ginecóloga, Montevideo)

En Uruguay el movimiento feminista ha liderado los debates sobre los derechos de las mujeres desde la salida de la última dictadura militar (1972-1984). Organizaciones como MYSU y Cotidiano Mujer, Católicas por el Derecho a Decidir o Mujeres de Negro por nombrar a algunas, junto con otras organizaciones sociales, integrantes de la academia y grupos de activistas han articulado estrategias en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la despenalización del aborto y la visualización de la violencia basada en género y los feminicidios.

Gracias a estas luchas y reivindicaciones, en el año 2012 se aprueba la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Parlamento del Uruguay, 2012) y en el año 2018 la

Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia de género (Parlamento del Uruguay, 2018a). Asimismo, el movimiento por la diversidad sexual junto con las feministas han impulsado la consecución del matrimonio igualitario y el reconocimiento legal de las identidades de género disidentes (Parlamento del Uruguay, 2013, 2018b). Este reconocimiento jurídico expresa un gran avance en la conquista de derechos en el país y nos posiciona en un lugar destacado a nivel regional e internacional. En contraposición, el movimiento por el parto humanizado no ha logrado influenciar la agenda política. Si bien existen agrupaciones como Relacahupan (Red Latinoamericana y el Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento)⁸, que funciona en más de 20 países del continente, y grupos que promueven el parto domiciliario y el parto humanizado integrados por mujeres, activistas parteras, académicas y médicos de familia, como Nacer Mejor⁹ o el Grupo por la Humanización del Parto y Nacimiento Uruguay¹⁰, estos no aparecen con la misma fuerza y visibilidad que los anteriores.

Esta particularidad del movimiento por el parto respetado en Uruguay es interesante para pensar en el marco de esta investigación. Tanto en Inglaterra como en España los movimientos por el parto respetado datan de varios años y se han convertido en movimientos fuertes de los cuales han surgido organizaciones que han influenciado y luchado por mejorar las políticas de atención en el parto y nacimiento y que tuvieron y tienen incidencia a nivel de las políticas de salud. En Inglaterra, podemos nombrar algunas como AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services), fundada en 1960, Birthrights, NCT (National Childbirth Trust). En España tienen mucha fuerza El parto es Nuestro y Nacer en casa. En Uruguay, el Grupo por la Humanización del Parto y Nacimiento desarrolla eventos y talleres desde 2004 en distintos puntos del país para difundir información sobre la atención en el embarazo, parto y puerperio y la legislación al respecto (Martínez & Vega, 2019). Será interesante ver si este y otros grupos articulan y forman alianzas con otras organizaciones de la sociedad civil y actores institucionales para impulsar los cambios transformadores de los modelos hegemónicos y las relaciones desiguales de género con respecto a la atención al parto y nacimiento.

Se les preguntó a las entrevistadas cuáles eran las condiciones en Uruguay para poder integrar estas experiencias al Sistema de Salud. Las entrevistadas identificaron como factores necesarios la demanda de las propias mujeres por ese tipo de servicio, el empoderamiento del colectivo de parteras, y un cambio en la concepción cultural del parto y nacimiento, incluyendo el rol de las parteras. Por otra parte, Uruguay cuenta con buenas

⁸<https://www.facebook.com/Relacahupan.Uruguay>

⁹<https://www.facebook.com/nacermejoruruguay/>

¹⁰<https://www.facebook.com/humaniza2017/>

condiciones en cuanto a infraestructura en salud, una geografía generosa que permite el acceso a cualquier punto en el país y buenos indicadores de desarrollo social que son favorables a propiciar estos cambios. A continuación se transcriben sus respuestas en extenso por la riqueza de sus contribuciones.

E: en primer lugar, te diría que lo que más falta son las mujeres que demandan y el colectivo parteras es muy subordinado al sistema ...vos estás planteando tener una casa de parto dirigida por parteras... ¡y las parteras no dirigen nada! ... ni siquiera toman el control de las guardias en las maternidades hoy ... los médicos les siguen cobrando como acto médico y vos no ves que ese colectivo se haya levantado y como hacen los médicos, que hacen paro y dicen “no hay más cirugías ... hasta que hablen conmigo”. No hay un lugar de reivindicación de las parteras de su profesión, entonces eso no se visibiliza, las mujeres las conocen casi como si fueran enfermeras que ayudan al médico, entonces hay un lugar ahí que se tiene que construir desde las profesionales de la salud del primer nivel ... y yo no sé si ellas se visualizan desde ese lugar entonces yo no sé, no creo ... hay que cambiar desde la academia desde la formación de las parteras a los procesos reproductivos eso es lo primero (Investigadora del ámbito académico, Montevideo)

E: ... el Uruguay tiene muchas fortalezas y también debilidades: primero porque es un país pequeño con accesos rápidos, todo lo que son sistemas de salud, hay maternidades distribuidas en todo el territorio, si bien se concentra mucho las prestaciones en Montevideo, en todo el país hay maternidades con profesionales capacitados y la natalidad es una natalidad como país desarrollado, entonces, no hay una sobrecarga del sistema en cuanto a la atención del nacimiento en general, no hay problemas geográficos de acceso, sería viable tenerlo en un lugar donde eventualmente si ocurre una emergencia poder acceder a una maternidad de alta complejidad y por otro lado tenemos un alto número de mujeres en seguimiento, en control, la mayoría tienen controles de embarazo, un gran número de ellos, la mayoría transcurre embarazos sanos por ahí son cosas que podrían hacer este tipos de prestaciones seguras (Médica Ginecóloga, Montevideo)

E: ... lo otro es que como país de baja natalidad y país desarrollado, las políticas en este sentido son como de un país de subdesarrollo, entonces las políticas para Latinoamérica y el Caribe... entramos todos en la misma bolsa, vos me decís países con alta mortalidad materna y neonatal, que el parto institucional es garantía aunque sigue habiendo mortalidad, se entiende que en ciertos lugares las mujeres no tiene controles sobre el embarazo, tienen más complicaciones, pero nuestro país entra en

la misma bolsa y estamos bien porque hay parto institucional, control del embarazo, etc. pero yo creo que ya estamos en un etapa histórica que eso se puede ir viendo... pero sin embargo seguimos en la misma línea de los países en desarrollo y ahí están todas las presiones de OMS, OPS, etc. Sin duda, algo de lo cultural de la población. Las mujeres quieren ver al ginecólogo, les gusta, quieren ir al hospital ... sin duda que hay algo de lo cultural social que hace una demanda en servicios de atención especializados y no solo en obstetricia en todas las aéreas parece que cuanto mayor tecnología mejor para la atención de algo y claro el embarazo y el parto al haber sido tecnologizado y medicalizado de tal manera tiene q ser atendido como procesos de enfermedad cuando en realidad no lo es (Médica Ginecóloga, Montevideo)

10. Conclusiones

Este estudio tuvo por objetivo describir y examinar los factores implicados en el surgimiento y desarrollo de Centros de Nacimiento en los sistemas de salud de tres ciudades europeas - Londres, Barcelona y Génova-, con el propósito de contribuir a la discusión nacional sobre la viabilidad de instrumentar Centros de Nacimiento en Uruguay. En muchos países europeos, los Centros de Nacimiento o unidades maternas liderados por parteras tienen una larga tradición. Antes de la hospitalización masiva del parto entre los años sesenta y setenta, los partos ocurrían en su mayoría en Centros de Nacimiento y en el hogar. En los últimos 15 años, estas unidades han tomado un nuevo impulso gracias a la robusta evidencia científica que se ha desarrollado y que ha sustentado los cambios en las políticas de salud con respecto a la atención del embarazo y parto normal.

Del material analizado se identificaron cuatro temas principales relacionados a la fundación de Centros de Nacimiento: los factores facilitadores, los beneficios, la formación profesional y las barreras. Como facilitadores para la implementación de estas experiencias, se identificó principalmente el trabajo de los grupos impulsores integrados por profesionales obstétricos, actores sociales y activistas. Los marcos legales y jurídicos con que se manejan los sistemas de salud de los tres países proporcionan el terreno ideal para su funcionamiento. Sin embargo, en el caso de Uruguay, que ha logrado un gran avance en las políticas de salud sexual y reproductiva, presenta contradicciones cuando se desalienta, por ejemplo, la atención del parto en el primer nivel bajo la implementación de la ordenanza 2693 de Maternidades del año 2012 (MSP, 2012). La evidencia científica disponible a nivel internacional es un facilitador para desarrollar políticas y prácticas informadas. Un ejemplo de ello es en Inglaterra el estudio de cohorte encargado por NICE, Birthplace in England (2011) y sus valiosos aportes para orientar la política pública. Con respecto a la relación costo-beneficio, la atención de los partos en los Centros es menos costoso para el sistema sanitario que la atención en hospitales y posee mejores resultados para las mujeres y sus bebés (Schroeder et al., 2012).

Los Centros se basan en un modelo de cuidado bio-psico-social, conocido también como modelo social de cuidado, que integra las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la mujer. La salud sexual y reproductiva integra variados aspectos relacionados a la sexualidad y la reproducción y, al enmarcarse dentro del campo de los derechos humanos, incluye el derecho a las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados y que brinden una atención de calidad durante el embarazo parto y puerperio (WHO, s/f-b). En este sentido, los Centros

son un ejemplo en la promoción y protección de derechos de las mujeres y son, en los sistemas de salud, modelos de atención con enfoque de género transformativo.

Las barreras que encontraron los Centros estudiados para su implementación fueron diversas y tuvieron puntos de similitud con aquellas que se han observado en Uruguay. Una de ellas es la concepción cultural y social del parto presente en gran parte de la sociedad, y por tanto, en quienes toman las decisiones sobre la viabilidad de los proyectos. Los Centros europeos estudiados pasaron por varias etapas de escrutinio y críticas para poder tener éxito en su instalación, y una vez establecidos y operando, poder gestionarse en forma independiente sin la tutoría de la gestión hospitalaria. Este tipo de tutelaje fue más evidente en el Centro de Génova y el de Londres. En el caso de Génova por el hecho de que hace 20 años era un modelo totalmente nuevo de atención. En Londres, por la relación de dependencia que existe con el hospital de referencia. La relación de tensión conforme los roles de las parteras y ginecólogos/as y cómo las parteras visualizan su rol, es una de las barreras identificadas. En los Centros de Génova y Barcelona las parteras desarrollaron estrategias de alianza dentro del sistema - con médicos/as, pediatras, enfermeros/as, e incluso las mismas mujeres - para llevar a cabo los proyectos. Sin embargo, en Londres, debido a la tradición inglesa de la profesión de partería, este asunto no fue un obstáculo. En el sistema de salud (NHS) tanto parteras como ginecólogos/as tienen una clara definición de roles.

En este estudio se desprende que, de las experiencias analizadas, Uruguay es el país que más sufre esta tensión entre ambas profesiones. Se evidencia una subalternidad del rol de la partera en el marco de un modelo médico hegemónico que matriz no sólo el campo de la salud sino también las visiones dominantes de la sociedad. En Uruguay, las parteras no tienen un rol principal en la atención de la mujer y el parto y son conocidas como ayudantes del médico ginecólogo/a, incluso con tareas administrativas como completar los formularios de control de embarazo. Esto, por un lado, tiene que ver con cómo se estructura el campo de la salud en el país, con un fuerte dominio de la profesión médica, y cómo durante el siglo XX se ha estructurado el campo de modo tal que la partería fue ubicada como una profesión subsidiaria y subordinada a la práctica médica, sin autonomía en la toma de decisiones técnicas. Ello ha generado un colectivo de parteras con baja incidencia en la organización de los servicios de salud. Para revertir esta situación es necesario un cambio profundo en la formación de las parteras y en el desarrollo de estrategias para la defensa de la profesión y su reposicionamiento en el escenario institucional.

Los resultados del estudio muestran que las resistencias institucionales al cambio de modelo de atención operan fuertemente para limitar y/o inhibir el desarrollo de proyectos de Centros

de Nacimiento. Este aspecto es bien significativo especialmente para Uruguay que tiene buenas estadísticas de mortalidad materno-neonatal. El país cuenta con algunas condiciones favorables para la instalación de Centros intra-hospitalarios y extra-hospitalarios. El territorio uruguayo posee la particularidad de ser pequeño, con buena infraestructura y telecomunicaciones. El sistema de salud tiene cobertura universal y los servicios de salud han mejorado notablemente en distintos puntos del territorio y en la capital, gracias a las inversiones financieras que se han mantenido e incrementado en los últimos años, a la reforma del sistema de salud y al desarrollo de políticas públicas en salud.

Sin embargo, esta demanda no ha formado parte de la agenda pública. Los movimientos de mujeres y feministas no han impulsado este asunto como prioritario, en un contexto de abogacía por otros asuntos también relevantes de la agenda de derechos. A su vez, la partería y las profesionales parteras tienen un lugar subordinado y de baja autonomía técnica en el sistema de salud.

Es necesario producir nuevas evidencias científicas sobre la atención al parto y nacimiento en Uruguay en sus distintos escenarios, extendiendo de forma sistemática las investigaciones que han abordado el parto y nacimiento y la violencia obstétrica por ejemplo, desde una mirada de género y derechos humanos (Gainza et al., 2013; Magnone Alemán, 2013, 2017) o los estudios sobre cesárea (Aguirre et al., 2019; Briozzo et al., 2019; Cóppola, 2015; Farías & López Gómez, 2018).

Un reto para la instalación de Centros de Nacimiento en Uruguay es evidenciar que en la práctica la atención al parto y nacimiento en el país “no funciona del todo bien”, visto los casos de violencia obstétrica que se observan en el sistema de salud. En este sentido, propulsar los Centros de Nacimiento como espacios de género transformativos, puede ser una medida para fortalecer la exigibilidad de derechos por parte de las mujeres y profundizar las prácticas de parto humanizado en el país.

Este estudio tiene limitaciones. En particular, destacamos que hubiese sido interesante haber realizado entrevistas a usuarias de los Centros europeos estudiados para conocer sus opiniones y experiencias de atención. Esta información podría haber complementado la obtenida, mediante una estrategia más potente de triangulación de fuentes así como hubiera permitido darle visibilidad a la voz de las mujeres. Las tres experiencias estudiadas no son representativas del conjunto de experiencias de Centros de Nacimiento que hay en Europa, si bien ilustran distintas modalidades y trayectorias en su surgimiento y desarrollo.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que este trabajo aporta insumos para contribuir a la discusión general sobre políticas de atención al parto y nacimiento en Uruguay desde

una perspectiva de derechos, particularmente para entender las condiciones y requisitos necesarios para la eventual instalación de Centros de Nacimiento en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Abela, J. A. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. (Serie Sociología). Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Aguirre, R., Antón, J.-I., & Triunfo, P. (2019). Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 333–340.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.004>
- Allaire, Y., & Firsirotu, M. E. (2016). Theories of Organizational Culture: *Organization Studies*. <https://doi.org/10.1177/017084068400500301>
- Althabe, F., Sosa, C., Belizán, J. M., Gibbons, L., Jacquerioz, F., & Bergel, E. (2006). Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth*, 33(4), 270–277.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00118.x>
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225–247. <https://doi.org/10.11156/aibr.070205>
- ASSE. (2011, agosto 13). *Hospital de Rocha lleva adelante la práctica del Parto Humanizado*. <https://www.asse.com.uy/contenido/Hospital-de-Rocha-lleva-adelante-la-practica-del-Parto-Humanizado-4926>
- ASSE. (2016, septiembre 26). Hospital de Rocha registra bajos indicadores de cesáreas gracias a desarrollo de parto humanizado. ASSE.
<https://www.asse.com.uy/contenido/Hospital-de-Rocha-registra-bajos-indicadores-de-cesareas-gracias-a-desarrollo-de-parto-humanizado-9196>
- ASSE. (2017). *Catálogo Buenas Prácticas de Atención en las Maternidades de ASSE*. ASSE. <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10128,64936>
- Beech, B. L., & Thomas, P. (1999). The Witch Hunt. *AIMS Journal*, 11(2).
<https://www.aims.org.uk/journal/item/the-witch-hunt>

- Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., Maguire, R., Higgins, S., Finan, A., Gormally, S., & Doyle, M. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: A randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*(1), 85. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-85>
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., & Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: A conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205>
- Birthplace in England. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, *343*. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la comunidad de madrid [Ph.D. Thesis, Universitat Rovira i Virgili]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/8429>
- Boletín Oficial del Estado. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* (Ley BOE-A-1986-10499). Jefatura del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Boletín Oficial del Estado. (1990). *Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria*. (Ley BOE-A-1990-20304). Comunidad Autónoma de Cataluña. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/1990/07/09/15>
- Boletín Oficial del Estado. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (Ley BOE-A-2002-22188). Jefatura del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Briozzo, L., Tomasso, G., & Colistro, V. (2019). Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, *35*(2), 4–31. <https://doi.org/10.29193/rmu.35.2.1>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61–91.
- Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993). Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 375–394.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300024>
- Castro, R. P., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37–42. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57515>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., Boscoe, M., Young, D., Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, & Public Health Agency of Canada. (2009). Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36(1), 13–25. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x>
- Christensen, L. F., & Overgaard, C. (2017, mayo). Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? *BIT's 5th International Congress of Gynaecology and Obstetrics, 25-27 May 2017, Prague, Czech Republic*. BIT's 5th International Congress of Gynaecology and Obstetrics, Prague, Czech Republic. <https://vbn.aau.dk/en/publications/are-freestanding-midwifery-units-a-safe-alternative-to-obstetric->
- CNCLVD, & SIPIAV. (2019). *Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia de Género (primeros resultados)* (Encuesta II). CNCLVD.
<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Encuesta%20VBG%202019%20primeros%20resultados.pdf>
- Comes, Y., & Stolkner, A. (2005). “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, XII, 137–143.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>

- Constitución Española. (1978). Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo tercero. De los principios rectores de la política social y económica. Artículo 43. En *Constitución Española*.
- <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2>
- Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (ETS No.164). (1997). Council of Europe.
- <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list>
- Cóppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 7–14.
- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Coyle, K. L., Hauck, Y., Percival, P., & Kristjanson, L. J. (2001). Normality and collaboration: Mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery*, 17(3), 182–193.
- <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0256>
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: Examining the concepts: *Analysis of the concept of normal birth. Nursing Inquiry*, 16(4), 297–305.
- <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x>
- Davis, A. (2013). Choice, policy and practice in maternity care since 1948. *History & Policy*.
- <http://www.historyandpolicy.org/index.php/policy-papers/papers/choice-policy-and-practice-in-maternity-care-since-1948>
- Davis-Floyd, R. (2017). *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine, and Birth Activism*. Waveland Press.
- de Jonge, A., Peters, L., Geerts, C. C., van Roosmalen, J. J. M., Twisk, J. W. R., Brocklehurst, P., & Hollowell, J. (2017). Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. *PLoS ONE*, 12(7).
- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180846>
- Declaración de Ceará*. (2000). Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto,

Fortaleza, Ceará, Brasil.

<http://www.nacimientosrespetado.com/decretos/latinoamerica1.pdf>

- Delaney, M., & Roggensack, A. (2017). No. 214-Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(8), e164–e174. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.020>
- Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity. (2007). *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service* (p. 56) [Guide].
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor*, 1, 38–40.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> (Original work published 1966)
- Emslie, M. J., Campbell, M. K., Walker, K. A., Robertson, S., & Campbell, A. (1999). Developing consumer-led maternity services: A survey of women's views in a local healthcare setting. *Health Expectations*, 2(3), 195–207. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1999.00059.x>
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En A. López Gómez & R. P. Castro (Eds.), *Poder Médico y Ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 103–122). Udelar/CRIM-UNAM. <https://www.crim.unam.mx/web/node/409>
- Esteban, M. L. (2007). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Inguruak*, 44.
- Esteban, M. L. (1999). *Salud. El análisis y la intervención. II*, 120–142. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/jornada.14.b.2.congreso.internacional.genero.politicas.accion.positiva.cas.pdf

- European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, European Observatory on Health Systems and Policies, KU Leuven, & Universiteit Maastricht. (2018). *Patients' rights in the European Union: Mapping eXercise : final report*. European Union. <http://dx.publications.europa.eu/10.2875/751285>
- eurostat. (2019, diciembre 17). Large differences in share of caesarean births. *Eurostat*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>
- Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* [Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4473>
- Farías, C., & López Gómez, A. (2018). Experiencia de mujeres con cesárea en Uruguay: El derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en su cumplimiento. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00176816>
- Fernández Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 59–76.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3–25. <https://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20a%20medicalizaci%F3n.pdf>
- Gainza, P. P., Labastie, M., & Magnone Alemán, N. (2013). La atención contemporánea del parto: Jaque a la perspectiva de derechos humanos. *Uluá Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, 22, 175–196. <https://ulua.uv.mx/index.php/ulua/article/view/1187>
- Galván, H. R., Moctezuma, J. M., Dolci, G. E. F., & López, D. O. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*, 17(4), 172–175. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4175520>
- García Jordá, D., Díaz Bernal, Z., & Acosta Álamo, M. (2013). El nacimiento en Cuba: Análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718–732. <http://ref.scielo.org/q347rq>

- Gazzetta Ufficiale. (1978). *LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
- Gazzetta Ufficiale. (1992). *LEGGE 23 ottobre 1992, n. 421. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*.
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-10-31&atto.codiceRedazionale=092G0463&elenco30giorni=false
- Gazzetta Ufficiale. (2000). *DECRETO MINISTERIALE 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"*. Ministero della Sanità.
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-06-07&atto.codiceRedazionale=000A6425&elenco30giorni=false
- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 331.e1-19.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>
- Gonçalves, R., Aguiar, C. de A., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. de. (2011). Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: O olhar das usuárias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 62–70. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>
- Grigg, C., Tracy, S. K., Daellenbach, R., Kensington, M., & Schmied, V. (2014). An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: A mixed methods prospective cohort within the Evaluating Maternity Units study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 210. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-210>
- Gupta, G. R. (2000). *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How*. 8.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala,

- F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., ... Rao Gupta, G. (2019). Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet*, 393(10190), 2535–2549. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Henley-Einion, A. (2003). The medicalisation of childbirth. En C. Squire (Ed.), *The Social Context of Birth* (pp. 173–186). Radcliffe Publishing.
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub2>
- Hollowell, J., Li, Y., Bunch, K., & Brocklehurst, P. (2017). A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: Secondary analysis of ‘low risk’ births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1271-2>
- Hollowell, J., Li, Y., Malouf, R., & Buchanan, J. (2016). Women’s birth place preferences in the United Kingdom: A systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0998-5>
- Holsti, O. R. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Hutter Epstein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí?: Una historia del parto* (L. Vidal, Trad.; 1 edition). TURNER.

- ICM. (s/f). Definiciones de la ICM [Text/html]. *International Confederation of Midwives*.
Recuperado el 28 de agosto de 2020, de
<https://internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/política-y-práctica/definiciones-de-la-icm.html>
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Calder and Boyars.
- INE. (2018). *Anuario Estadístico Nacional 2018, 95a versión*. Instituto Nacional de Estadística. <http://r200-40-252-226.static.adinet.com.uy/documents/10181/559909/Anuario+Estad%C3%ADstico+Nacional+2018/46660ce3-eb26-484e-b295-f4327499de8b>
- Jain, A. K. (1989). Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning*, 20(1), 1–16.
- Jimenez, V., Klein, M. C., Hivon, M., & Mason, C. (2010). A Mirage of Change: Family-Centered Maternity Care in Practice. *Birth*, 37(2), 160–167.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00396.x>
- López, A., & López, P. (2016). *Salud en Uruguay: Tendencias y retos en clave de género*. Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_salud.pdf
- López Gómez, A., Benia, W., Contera, M., & Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas* (p. 159). Universidad de la República.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., & Turner, L. R. (2014). Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), 1009–1020.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.008>
- Magnone Alemán, N. (2011, septiembre). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: Intervencionismo y violencia obstétrica*. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo. <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>
- Magnone Alemán, N. (2013). *Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos*

respetados, mujeres que se potencian. 14.

- Magnone Alemán, N. (2017). Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 27, 97–117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>
- Malheiros, P. A., Alves, V. H., Rangel, T. S. A., & Vargens, O. M. da C. (2012). Parto e nascimento: Saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 329–337. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>
- Martínez, A., & Vega, L. (2019). *Derechos en el momento del parto: Una mirada sobre la atención en Lavalleja 2017-2019*. http://cotidianomujer.org.uy/sitio/attachments/article/2184/Laura%20Vega_Violencia%20obst%C3%A9trica.pdf
- Maternity services in England*. (2013). National Audit Office. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/10259-001-Maternity-Services-Book-1.pdf>
- Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, 4.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (Vol. 86). Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. 451–464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- MSP. (2012). *Ordenanza N° 693/012 Maternidades*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-6932013>
- MSP. (2017a). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Ministerio de Salud Pública. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category_slug=publications&Itemid=307
- MSP. (2017b). *Ordenanza N° 1.261/017 Ampliación de competencias de Obstetras parteras*.

- Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-12612017>
- MSP. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes para la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud.
- MSP. (2019a). *Ordenanza N° 688/019 Autorizar a las Profesionales Obstetras Parteras a la indicación y administración del tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y su pareja/s sexual/sexuales, una vez que la misma es detectada*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-688019-ordenanza-6882019>
- MSP. (2019b). *Uruguay lidera en América baja de indicadores de mortalidad materna y embarazo adolescente*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-lidera-america-baja-indicadores-mortalidad-materna-embarazo>
- MSP. (2019c). *Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>
- MYSU. (2013). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. MYSU. <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-20131.pdf>
- NICE. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies* (p. 90) [Clinical guideline]. National Institute for Health and Care and Excellence. (Original work published 2014)
- Nussenzweig Hotimsky, S. (2010). Formación en obstetricia: Los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En A. López Gómez & R. P. Castro (Eds.), *Poder Médico y Ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la*

- investigación regional* (pp. 137–155). UdelaR/CRIM-UNAM.
<https://www.crim.unam.mx/web/node/409>
- Oakley, A. (1980). *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Martin Robertson.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. B. Blackwell.
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*. Organización Mundial de la Salud.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (WHO/RHR/15.02)*. Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (Guía WHO/RHR/16.12)*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>
- OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (WHO/RHR/18.12)*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- ONU Asamblea General. (1981). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Organización de las Naciones Unidas.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012). Freestanding midwifery units versus obstetric units: Does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *B M C Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-478>
- Parlamento del Uruguay. (2007). *Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley Núm. 18211)* [Gender-based violence against women]. Parlamento del Uruguay.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>
- Parlamento del Uruguay. (2008). *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*(Ley

- Núm. 18426) [Gender-based violence against women]. Parlamento del Uruguay.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18426>
- Parlamento del Uruguay. (2012). *Interrupción Voluntaria del Embarazo* (Ley Núm. 18987).
Parlamento del Uruguay.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18987>
- Parlamento del Uruguay. (2013). *Matrimonio Igualitario* (Ley Núm. 19075). Parlamento del Uruguay. <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19075>
- Parlamento del Uruguay. (2018a). *Violencia hacia las mujeres basada en género* (Ley Núm. 19580) [Gender-based violence against women]. Parlamento del Uruguay.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19580>
- Parlamento del Uruguay. (2018b). *Ley Integral para Personas Trans* (Ley Núm. 19684) [Integral Law for Trans Persons]. Parlamento del Uruguay.
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19684>
- Pires Moura, F. M. de J. S., Crizostomo, C. D., Nery, I. S., Magalhães Mendonça, R. de C., Dias de Araújo, O., & Santiago da Rocha, S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 452–455.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>
- Postigo Mota, F., González Pérez, I., Rocca-Ihenacho, L., Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., Newburn, M., & McCourt, C. (2018). *Estándares europeos para Centros de Nacimiento*. City, University of London.
- Pou-Ferrari, R., & Pons, J. E. (2012). Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. *Archivos de ginecología y obstetricia*, 50(1), 103–169.
<https://ago.uy/publicacion/1/numeros/8/articulo/historia-de-la-ginecologia-y-la-obstetricia-en-el-uruguay>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2014, febrero 7). Ministerio de Salud Pública presentó proyecto de primera maternidad de parto humanizado. *Presidencia de la República Oriental del Uruguay*.
<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/hospital-rocha->

parto-humanizado

Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2018, agosto 17). Young: 90 % de nacimientos son por parto vertical e índice de cesáreas es de los más bajos de Uruguay. *Presidencia de la República Oriental del Uruguay*.

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-young-maternidad-parto-humanizado-vertical-cesarea-nacimientos-rio-negro>

Redacción Consalud. (2019, diciembre 17). España duplica las recomendaciones de nacimientos por cesárea de la OMS. *Consalud*.

https://www.consalud.es/pacientes/26-nacimientos-espana-2018-produjeron-cesarea_72094_102.html

Redshaw, M., Rowe, R., Schroeder, L., Puddicombe, D., Macfarlane, A., Newburn, M., McCourt, C., Sandall, J., Silverton, L., & Marlow, N. (2011). *Mapping maternity care: The configuration of maternity care in England* (Birthplace in England Research Programme, p. 59) [Final report part 3]. NIHR Service Delivery and Organisation programme.

Reibel, T. (2004). Normal birth: A thing of the past or the new future for primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 5(4), 329–337.

<https://doi.org/10.1191/1463423604pc223oa>

Reiger, K., & Dempsey, R. (2006). Performing birth in a culture of fear: An embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*, 15(4), 364–373.

Rocca-Ihenacho, L. (2017). *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit* [PhD Thesis]. City, University of London.

Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., & McCourt, C. (2018). *Midwifery Unit Standards*. Midwifery Unit Network. <http://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNEt-Standards-PRINT-opt.pdf>

Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological Models of Health Behavior. En K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Wiley.

- Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., & Brocklehurst, P. (2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: Evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2292>
- Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265–302).
- Senato della Repubblica. (2018). *Constitución de la República Italiana. Edición en español*. https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST_SPAGNOLO.pdf
- Setola, N., Iannuzzi, L., Santini, M., Cocina, G. G., Naldi, E., Branchini, L., Morano, S., Escuriet Peiró, R., & Downe, S. (2018). Optimal settings for childbirth. *Minerva Ginecologica*, 70(6). <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04327-7>
- Sherwin, S. (2014). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*, 49, 45–69. JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/44735239>
- SMU. (2010, junio 30). Demografía Médica en el Uruguay. Distribución de médicos activos por especialidad. *Sindicato Médico del Uruguay*. https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_esp.php
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stout, K. D. (1992). Intimate Femicide: An Ecological Analysis. *The Journal of Sociology and Social Welfare*, 19(3), 29–50.
- Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 20(2), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.03.005>
- UNFPA, ICM, & OMS. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. (p. 228). Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Confederación Internacional de Matronas (ICM); Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 125–146.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1316-37012009000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vives-Cases, C. (2011). Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s*, 18, 291–299. <https://doi.org/10.14198/fem.2011.18.16>
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S25–S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- Walsh, D. (2009). Pain and epidural use in normal childbirth. *Evidence Based Midwifery*, 7(3), 89–93.
- WHO. (s/f-b). *Defining sexual health*. Recuperado el 18 de agosto de 2020, de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- WHO. (s/f-a). The ecological framework. *WHO*. Recuperado el 18 de agosto de 2020, de <https://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/>
- WHO. (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 326(8452), 436–437.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- WHO. (2017, febrero 16). What is Quality of Care and why is it important? *WHO*.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- Wilson, K. L., & Sirois, F. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: The role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69–83.
<https://doi.org/10.1080/02646830903190946>
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138–151. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>
- World Health Organization, & Regional Office for Europe. (1985). *Having a baby in Europe: Report on a study*. WHO Publications Center.

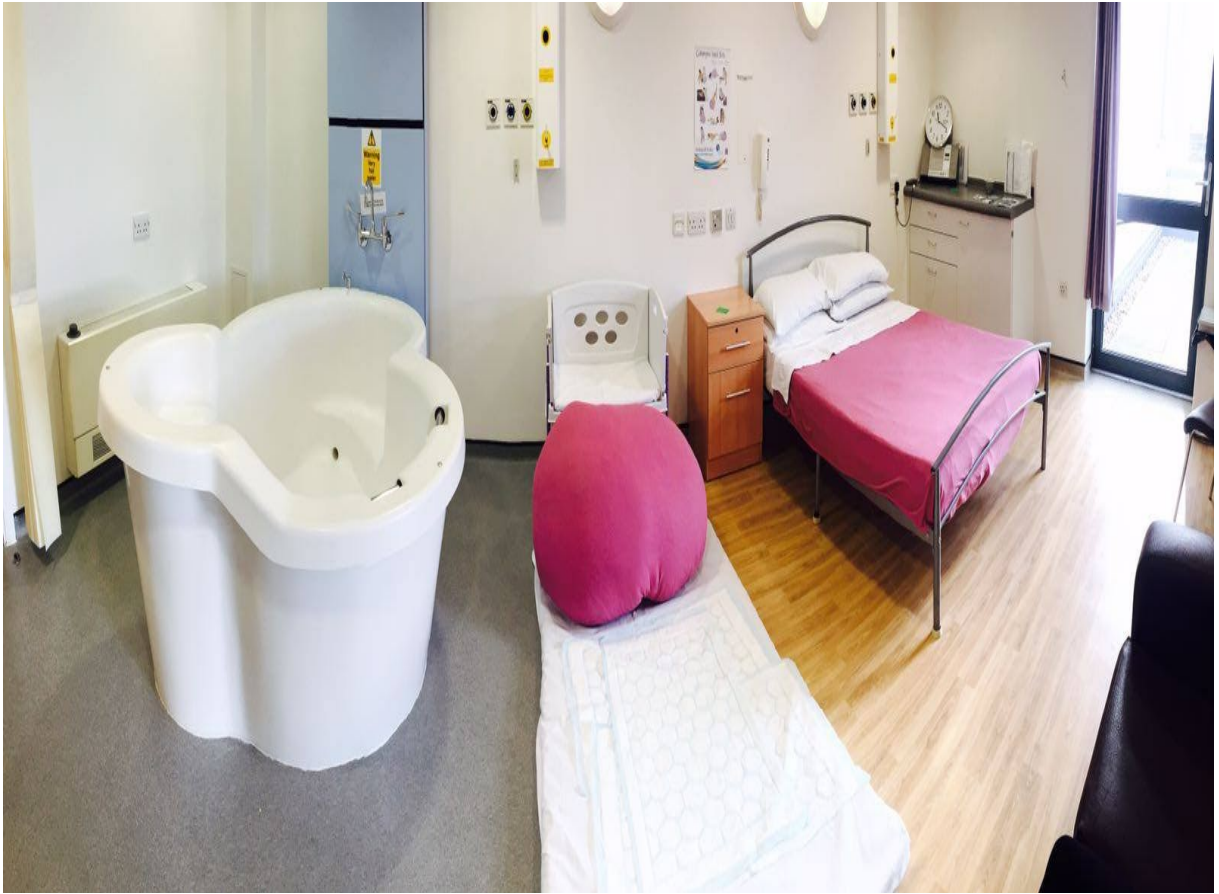
- Yacuzzi, E. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación* (Working Paper Núm. 296; Serie Documentos de Trabajo, p. 38). Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina (UCEMA).
- Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M. R., Gülmezoglu, A. M., & Betran, A. P. (2016). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: A worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 745–753. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13592>
- Yin, R. K. (1994). *INVESTIGACIÓN SOBRE ESTUDIO DE CASOS. Diseño y Métodos* (Vol. 5). SAGE Publications.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

ANEXOS

Imágenes de las salas de nacimiento de los Centros

CENTRO LONDRES





CENTRO DE BARCELONA



CENTRO GENOVA



Pauta de Entrevista

Datos sociodemográficos

Fecha de nacimiento: _____

Sexo – género: _____

Último año de educación aprobado: _____

¿Tiene un título profesional? _____ ¿Cuál? _____

Lugar de residencia: _____

Lugar de nacimiento: _____

Núcleo de convivencia: _____

¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____

Edades de los hijos

Sobre el Centro de Nacimiento

1. Nombre completo del Centro de Nacimiento:
2. ¿Cuándo fue creado / inaugurado?
3. ¿Dónde se encuentra ubicado el Centro de Nacimiento?
4. ¿Cuál es el sistema de salud en el cual opera el Centro de Nacimiento?
5. ¿Cuál fue el proceso para la instalación del Centro de Nacimiento?
6. ¿Cuál es el presupuesto anual que maneja el Centro de Nacimiento?
7. ¿Cómo se financia?
8. ¿Cómo está integrado el equipo de salud?
9. ¿Cuales fueron los facilitadores para la apertura del Centro de Nacimiento?
¿Porqué?
10. ¿Cuáles fueron las barreras para la apertura del Centro de Nacimiento? ¿Porqué?

11. ¿Cuáles son los beneficios que tiene una mujer que tiene su parto en un Centro de Nacimiento? ¿Por qué?
12. ¿Cuáles son las dificultades que pueden presentarse? ¿Cómo las maneja el equipo de salud?
13. ¿Cuáles son las mujeres que pueden utilizar el Centro de Nacimiento para su parto?
14. ¿Cuál es el perfil de las mujeres que asisten sus partos en estos Centros?
15. Desde la apertura a la fecha, ¿cuántos partos se atendieron? ¿Cuáles fueron los resultados?
16. Desde la apertura hasta la fecha ¿cuántos traslados a hospitales se presentaron? ¿Cuáles son los motivos habituales por los cuales se realiza un traslado a hospital?

Respecto a su rol en la CN

17. ¿Qué cargo ocupa en la Centro de Nacimiento? ¿Desde qué año?
18. ¿Qué lo llevó a ocupar este cargo? ¿Por qué?
19. ¿Cuál es su enfoque sobre el parto y nacimiento en términos teóricos? Desde el punto de vista ético ¿qué aspectos resaltaría?
20. A su criterio ¿cuáles son las ventajas de los Centros de Nacimiento en comparación con otras opciones de ocurrencia del parto y nacimiento?
21. ¿Usted piensa que los Centros de Nacimiento (en general como propuesta) favorecen mejores prácticas en la atención de las mujeres? (por ejemplo, protegen contra prácticas de maltrato o violencia institucional? ¿protegen los derechos de las mujeres?

¿Algún comentario o información que desee realizar y que no le haya preguntado